Peet Thesing

Feministische Psychiatrie Kritik

unrast transparent
geschlechterdschungel

UNRAST

Peet Thesing

Feministische Psychatriekritik

unrast transparent

geschlechterdschungel

UNRAST

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar

Peet Thesing: Feministische Psychatriekritik unrast transparent – geschlechterdschungel, Band 9
2., korr. Auflage, Oktober 2019

eBook UNRAST Verlag, Dezember 2023
ISBN 978-3-95405-170-0

© UNRAST Verlag, Münster
www.unrast-verlag.de | kontakt@unrast-verlag.de
Mitglied in der assoziation Linker Verlage (aLiVe)
Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlags reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlag: UNRAST Verlag, Münster
Satz: UNRAST Verlag, Münster

Inhalt

Einleitung

Die Idee der »psychischen Krankheit«
Die Grenze zwischen krank und gesund
Entstehung der Psychiatrie
Unabgeschlossene Kapitel

F wie Fehldiagnose
Klassifkation im ICD-10
Die Suche nach der richtigen Diagnose
Depression, Schizophrenie und Borderline
Krankheitseinsicht und Selbstpathologisierung

Psychiatrische Zugriffe auf Körper & Psyche
Zwangsmaßnahmen und »Zwangsbehandlungen«
Biochemische Zugriffe
Therapeutische Zugriffe

Patriarchale Verhältnisse
Rape Culture
Die Pathologisierung der Reaktion: Das Trauma
Triggerwarnungen als Schutz?
Psychologisierung
»Liebe dich selbst!«

My body, my choice?

Selbstverletzung
»Essstörungen«

Handeln möglich machen

Literatur und Quellen

Anmerkungen

Einleitung

Psychiatrie ist eng mit unserem Alltag verknüpft. Wir selbst oder uns nahe Menschen waren schon in der Psychiatrie, freiwillig oder unfreiwillig. Therapeutische Strukturen durchziehen den Alltag, unterschiedlichste Beratungseinrichtungen und politische Gruppen und prägen den Umgang mit Krisen und Konflikten. Krisen und Konflikte werden immer massiver individualisiert und zur Folge biochemischer Krankheiten erklärt.

Darin ist die Idee der Psychiatrie als Institution des »Helfen und Heilens« fest verankert. Doch die Probleme der Psychiatrie haben sich mit den antipsychiatrischen Protesten der Vergangenheit nicht in Luft aufgelöst. Noch immer werden Menschen gegen ihren Willen eingesperrt und Zwangsmaßnahmen ausgesetzt – alles zu ihrem Besten, so lautet die Argumentation. Die Pathologisierung von Wahrnehmung, Denken und Verhalten ist alltäglich und die Abgrenzung zum »Verrückten« bleibt notwendig, wenn eine_r ernst genommen will.

Historisch wie auch aktuell betreffen die Normalisierungsbestrebungen der Psychiatrie Frauen und trans Personen auf spezifische Weise. So wird beispielsweise der Umgang mit sexualisierter Gewalt immer weiter in ein therapeutisches Setting hinein verlagert. Dabei geraten kollektive und politische Umgangsstrategien mehr in den Hintergrund. Trans Personen müssen sich Zwangstherapien unterziehen, um medizinische Maßnahmen vornehmen zu können, gesellschaftspolitische Analysen von geschlechtlicher Zuschreibung werden dadurch verunmöglicht.

Psychiatrie und Gesellschaft sind eng miteinander verbunden. Dieses Buch soll einen Einstieg in das Thema Feministische Psychiatriekritik bieten. Dabei geht es nicht um eine Bewegungsgeschichte der

antipsychiatrischen Bewegungen, sondern um das Aufgreifen zentrale inhaltliche Aspekte.

Psychiatriekritik umfasst eine große Spannbreite von Positionen. Es gibt Antistigma-Kampagnen wie »Irrsinnig menschlich« oder Twitterhashtags wie #istjairre und #notjustsad, die sich für die Anerkennung »psychischer Krankheiten« einsetzen. Psychiatriekritische Forderungen beziehen sich dabei in der Regel vor allem auf konkrete Teilaspekte, wie das Maß der Anwendung von Gewalt und Fixierungen oder um die Einbettung psychiatrischer Diagnosen als »Volkskrankheiten«. Diese Position strebt vor allem eine Normalisierung an, stellt aber weder die Psychiatrie selbst noch das Konzept »psychischer Krankheit« in Frage. Eine zweite Position richtet sich vor allem gegen die Psychopharmaka-Industrie, Zwangsmaßnahmen und die Institution der Psychiatrie. Eine dritte Position betrachtet das komplette Gedankenkonstrukt rund um »psychische Krankheit« kritisch. Dies ist eine sehr grundsätzliche Kritik, die über Kritik an Institutionen hinausgeht. Es gibt zwei verschiedene Ansätze dieser antipsychiatrischen Kritik. Zum einen ist da die neoliberale Perspektive, die das Konzept »psychische Krankheit« ablehnt, weil sie findet, dass die Leute »zu faul« sind und sich »zusammenreißen« sollen. Für Anhänger_innen dieser Position stellt es ein Problem dar, dass Menschen sich vor ihrer Arbeit drücken wollen; die Existenz von Krisen und schmerzvollen Zuständen wird in Frage gestellt. Der andere Zweig, und hier verorte ich dieses Buch, kritisiert ebenfalls das Konzept »psychische Krankheit«, aber aus anderen Gründen: weil damit grundlegende gesellschaftliche Probleme verdeckt werden. Dieser Zweig besteht auf dem Recht auf Wahnsinn ebenso wie auf politischen Analysen der Gesellschaft. Menschen erleben nicht das Gleiche, aber alles Erleben ist eingebettet in soziale Verhältnisse. Insofern sind Menschen nicht lediglich Opfer ihrer Umstände, sondern haben auch politische Handlungsmöglichkeiten.

In diesem Buch geht es um den antipsychiatrisch-emanzipatorischen Zweig der Psychiatriekritik in Kombination mit einer feministischen Perspektive – um feministische Psychiatriekritik. Eine feministische Perspektive bedeutet eine herrschaftskritische Herangehensweise mit einem Fokus auf Geschlechterordnung. Ziel des Buches ist es, die Annahmen der Psychiatrie und Psychopathologie von Grund auf in Frage zu stellen und somit neue Selbstwahrnehmungs- und Handlungsperspektiven zu ermöglichen.

Im ersten Teil soll die Herstellung von Wissen in der Psychiatrie im Zentrum stehen. Dabei geht es um die Unterscheidung zwischen »gesund« und »krank« und die Entstehung der Psychiatrie.

Die Grenzziehung zwischen gesund und krank in Frage zu stellen, ist eine der wichtigsten Grundlagen von feministischer Psychiatriekritik. Die Orte, an denen Wissen produziert wird, sind oft weit weg von denjenigen, über welche dieses Wissen entsteht. Ich werde die Spuren der Diagnosen »Homosexualität« und »Hysterie« verfolgen, außerdem Kontinuitäten nach dem Nationalsozialismus. Danach geht es weiter mit psychiatrischen Diagnosen, wie sie vergeben und sortiert werden, und was sie bedeuten. Dabei führe ich die Diagnosen Depression, Schizophrenie und Borderline als Beispiele an. Im vierten Kapitel geht es um psychiatrische Zugriffe auf Körper, Gehirn und Psyche. In kaum einem anderen Bereich der Medizin wird den Patient_innen so konsequent das Recht auf freie Entscheidung über medizinische Maßnahmen abgesprochen. Durch die Klassifikation als krank und unmündig wird eine Verweigerung von Behandlungen zumeist als Teil einer Krankheit definiert: So kann widerständiges Verhalten pathologisiert werden.

Psychiatrische Strukturen wirken sich auf das Selbstbild aus – die Basis jeder ›Hilfe‹ ist die Krankheitseinsicht. So tragen auch

Selbstpathologisierungen dazu bei, die gesellschaftliche Ordnung aufrecht zu erhalten.

In den letzten beiden Teilen geht es um die Produktion von Geschlechterbildern und die Aufrechterhaltung einer heteronormativen, patriarchalen Ordnung. Im Kapitel »Patriarchale Verhältnisse« geht es um einen Blick auf den Trauma-Diskurs und die Frage, wie Folgen sexualisierter Gewalt durch Psychiatrie und Therapie aus der Gesellschaft ausgelagert werden. Dabei geht es um *rape culture*, Triggerwarnungen und die Psychologisierung in unserer Gesellschaft – und abschließend um eine kritische Betrachtung des Konzepts der »Selbstliebe« als Umgangsstrategie.

Wie weit werden Verhaltensweisen, die den eigenen Körper angreifen, wie hungern oder sich selbst verletzen, gesellschaftlich gestattet? Wie weit gilt der feministische Slogan »My body, my choice«? Das diskutiere ich im letzten Kapitel anhand von »Selbstverletzungen« und »Essstörungen«.

Abschließend werde ich verschiedene Handlungsoptionen aufzeigen, die bislang durch pathologisierende Blicke verstellt sind.

Die Idee der »psychischen Krankheit«

Die Grenze zwischen krank und gesund

Die Unterscheidung zwischen gesund und krank ist uns aus der Medizin bekannt. Krankheit verknüpfen wir mit Viren, Bakterien, Verletzungen und »bösartigen« Gewebeneubildungen. Das ist für uns ganz normal, oft hinterfragen wir die Diagnose von Ärzt_innen nicht.

Doch welche Körper als gesund, welche als krank gelesen werden, als gestört, als normal, als gefährlich, welche mit welchem Geschlecht assoziiert werden – all das unterliegt gesellschaftlichen Normen und einem medizinischen Diskurs.

Heute ist der Körper die Zielscheibe von gesundheitspolitischen Agenden. Gesellschaftliche Vorstellungen spielen dabei eine wichtige Rolle.

Ein Beispiel ist der Umgang mit dicken Menschen. Dicke gelten als gesundheitlich gefährdet: Fett erhöht die Risikofaktoren für einige Krankheiten, verringert jedoch, was nur selten gesagt wird, die Risikofaktoren für andere Krankheiten. (Rothblum, Solovay & Wann, 2009) Der Blick der Forschung und Berichterstattung richtet sich vor allem auf die Gefährdung.

Gleichzeitig gibt es einen gesellschaftlichen Diskurs, der von der »Epidemie« der Dicken spricht, von einer »Gefahr für die Gesellschaft«. Damit wächst die Vorstellung, dass Dicke nicht nur selbst gefährdet, sondern auch gefährlich für die Gesellschaft sind. Dieses Beispiel aus der Medizin macht deutlich, wie sehr auch körperbezogene Diagnosen wie »Adipositas« von den Machtverhältnissen in der Gesellschaft geprägt sind. Medizinische Diagnosen werden selten daraufhin geprüft, woher sie

kommen, wer weshalb welche Forschungen angestellt hat, wer oder was heilen soll und welche westlichen Gesundheits- bzw. Krankheitsvorstellungen dahinterstecken. Daher wirkt es so, als würden Krankheiten ›entdeckt‹ und die Entdeckung dann verschriftlicht – um zu einem Fortschritt in der Medizin zu führen.

Auch »psychische Krankheiten« sollen unterscheiden zwischen gesunden und kranken Menschen. Dabei orientieren sie sich (bisher) nicht an körperlichen Merkmalen, sondern an Beschreibungen von Zuständen. Die Zustände der Psyche werden beschrieben und dann zu einer Diagnose zusammengefasst. Aus diesen Beschreibungen werden daraufhin Rückschlüsse auf andere Personen und ihre Zustände gezogen. Psychiatrische Diagnosen stellen somit Behauptungen über den Zustand einer Person auf. Strukturiert werden diese Behauptungen in der Psychopathologie, was die Lehre von psychischen Krankheiten bezeichnet. Pathologie wird als Störung von Organen verstanden beziehungsweise in diesem Zusammenhang als Störungen der Psyche. Darunter wird heute nicht nur das Empfinden und Selbsterleben gefasst, sondern auch die Verhaltensebene.

Auch im vergangenen Jahrhundert haben Menschen daran gezweifelt, dass die psychiatrischen Beschreibungen von Zuständen mehr als Behauptungen sind. Sie haben in Frage gestellt, dass die Trennung von »psychisch gesunden« und »psychisch kranken« Menschen tatsächlich funktioniert. Ende der 1960er Jahre machte der US-amerikanische Psychologe David Rosenhan ein Experiment. Er wollte testen, ob Psychiater_innen tatsächlich zwischen krank und gesund unterscheiden können, wie sie selbst behaupten. Er schickte acht Pseudopatient_innen in die Psychiatrie, die dort behaupteten, sie würden Stimmen und bestimmte Worte hören. Sie wurden alle eingewiesen, sieben mit der Diagnose Schizophrenie. Ab diesem Zeitpunkt verhielten sie sich so wie sonst auch

und gaben keinerlei Symptome mehr vor. Erst nach durchschnittlich 19 Tagen wurden die Personen wieder entlassen – nicht als geheilt, sondern mit dem vermeintlichen Risiko, dass die Krankheit wieder ausbrechen könne. Mitarbeiter_innen von anderen Kliniken kritisierten das Experiment, fanden das Ergebnis zufällig und forderten, Rosenhan solle ihnen ebenfalls Pseudopatient_innen schicken, was Rosenhan auch zusicherte. Diese tauchten jedoch nie auf – trotzdem identifizierten zahlreiche Mitarbeiter_innen Pseudopatient_innen. Rosenhan wurde vielseitig als »unwissenschaftlich« bezeichnet, doch ging es ihm nicht um einen quantitativen Beweis, sondern um die Analyse, dass sobald eine Person als krank klassifiziert wird, all ihr Verhalten als krank definiert, jede Regung kann als Symptom gedeutet werden kann. (Rosenhan, 1973)

Es geht um den Zweifel an der Grenzziehung zwischen gesund und krank, deren Anerkennung in großen Teilen der Gesellschaft funktioniert. Um die Akzeptanz für »psychische Krankheiten« zu steigern, werden diese mit »körperlichen Krankheiten« verglichen, um damit den Beweis zu erbringen, dass sie tatsächlich existieren. Dabei werden »psychische Krankheiten« immer wieder mit einem gebrochenen Bein oder einem Krebsgeschwür verglichen. Diese Vergleiche sollen dem Stigma des Verrücktseins entgegen wirken. Doch der Vergleich mit dem gebrochenen Bein ist unzutreffend: So wie unsere Vorstellungen von »körperlichen Krankheiten« von der Zeit und Gesellschaft geprägt sind, gilt dies auch für »psychische Krankheiten«. Sich die Haare an den Augenbrauen ausreißen, um Schönheitsidealen zu entsprechen gilt als ein gesundes Verhalten, sich dieselben Haare zur Stressreduktion auszureißen gilt als ein gestörtes Verhalten. Die Linie zwischen gesund und krank wird also entlang kultureller und moralischer Normen gezogen.

Die Trennung zwischen »gesund« und »krank« hilft dabei, gesellschaftliche Probleme aufs Individuum auszulagern: Gestört ist so

immer das Individuum, niemals die Gesellschaft. Das zeigt sich auch am Umgang mit weißen, männlichen Attentätern, die auf andere Menschen schießen und diese bewusst töten. Sie werden als »psychisch kranke« Einzeltäter beschrieben und nicht als Terroristen, egal wie viele Seiten rassistische, antisemitische und frauenfeindliche Manifeste sie geschrieben haben. Indem Krisen durch Psychopathologisierungen individualisiert werden, das heißt, zum privaten Problem von Einzelpersonen werden, muss eine Gesellschaft sich nicht mit ihren Problemen auseinandersetzen.

Gleichzeitig entstehen diese Probleme durch gesellschaftliche Verhältnisse, so wie zum Beispiel die Folgen von Armut. In der Psychiatrie können so diejenigen behandelt werden, die unter Armut leiden und darauf reagieren – und damit muss Armut als gesellschaftliches Problem nicht mehr bekämpft werden. In gesellschaftlichen Verhältnissen wird Gewalt ausgeübt, in dem Menschen ihrer Möglichkeiten beraubt und diskriminiert oder benachteiligt werden. Intersektionale feministische Analysen gehen davon aus, dass wir in einer Gesellschaft leben, in der verschiedene Machtverhältnisse wie Klasse, Rassifizierung, Antisemitismus und Geschlecht miteinander verschränkt sind. Unsere Gesellschaft ist geprägt von alltäglichen rassistischen Aggressionen, dem Hochziehen von Grenzen und steigender Wohnungslosigkeit.

Wir leben n einem kapitalistischen Wirtschaftssystem, das auf Wettbewerb ausgerichtet ist und in dem Leistungsfähigkeit zu einem unabdingbaren Gut geworden ist. In Betrieben gibt es eher Burnout-Vorbeugungskurse als Arbeitszeitverkürzungen. Diese Strukturen setzen Menschen Abwertung und Ausgrenzung aus und schränken deren Bewegungsmöglichkeiten ein.

Es geht mir nicht darum zu sagen, dass »psychisch krank« diagnostizierte Menschen lediglich Opfer ihrer Lebensbedingungen sind. Doch in diesen Bedingungen klar zu kommen wird gleichgesetzt mit »gesund sein«. Das

macht »psychische Gesundheit« für viele nicht nur unerreichbar, sondern auch im Widerspruch stehend zu Ansätzen der Selbstermächtigung von Menschen, die Diskriminierung und/oder Unterdrückung erfahren. Die Psychiatrie fungiert als Mittel, um all diejenigen, die sich in diesem System nicht bewegen können oder wollen, still zu halten – indem sie für psychisch krank erklärt werden. Damit werden alle Probleme zum Problem der Einzelnen. Diese Form von Vereinzelung verhindert auch gesellschaftlichen Widerstand, beispielsweise gegen Armut, Ausgrenzung und Diskriminierung. Jede Person soll ihre psychischen Probleme mit sich selbst und ihrer_m Therapeut_in alleine ausmachen.

Entstehung der Psychiatrie

Die Trennung zwischen »psychisch gesund« und »psychisch krank« ist historisch gewachsen. Erst mit der Aufklärung in Europa und Nordamerika entstand Ende des 18. Jahrhunderts die Psychiatrie als eigenständige Institution. Die Zeit der Aufklärung war geprägt durch die Aufwertung von Rationalität und Wissenschaft. Die Vernunft wurde zum Credo einer ganzen Epoche. Vernunft wird verstanden als Fähigkeit, den eigenen Verstand zu benutzen, aus Beobachtungen Schlüsse zu ziehen und universelle Erkenntnisse über die Wirklichkeit zu erlangen.

Ein ganz zentraler Punkt bei der Entstehung der modernen Vernunft ist die Abgrenzung zur Unvernunft: zum Wahnsinn. Unvernunft wird als eine Art »zurückgebliebene« Entwicklungsstufe betrachtet, womit auch der Ausschluss von Frauen aus der Wissenschaft begründet wurde, da diese sich nicht wie Männer der Vernunft bedienen könnten. Gleichzeitig war diese Abgrenzung zur Unvernunft auch geprägt von rassistischen Logiken: Die Abwertung des »Wilden«, »Primitiven«, »Verrückten« war Teil der Legitimation kolonialer Ausbeutung.

Vernunft wurde als das höchste Gut gesehen, wovon Männer das Recht auf die Herrschaft über andere Menschen ableiteten.(Asbek & Hamann, 1997) Männliche Experten wurden in Europa und Nordamerika durch die Universitäten immer weiter legitimiert, wohingegen der Zugang zu universitärer Ausbildung für Frauen in vielen Ländern beschränkt oder nicht gestattet war. Die Vorstellung von Wahnsinn und »psychischen Störungen« wurde in eben diesem wissenschaftlichen Diskurs platziert, in den Universitäten, in der Medizin. Davon waren auch die Frauen ausgeschlossen, die zuvor als Heilerinnen tätig waren und nun ohne universitäre medizinische Ausbildung ihre Legitimation verloren.

Die Psychiatrie wurde das Teilgebiet der Medizin, welches über die psychische Gesundheit der Menschen wachen sollte. Die Medizinpraktiker hatten die alleinige Kontrolle in der Psychiatrie. Die Bücher und Vorlesungen, in denen definiert und entwickelt wurde, was als krank anzusehen ist, wurden von weißen, bürgerlichen Männern geschrieben.

Doch die Beschäftigung mit der Seele, mit der Psyche galt lange noch als »unwissenschaftlich«, und die Psychiatrie musste um ihre Anerkennung kämpfen. Schon um 1900 formierte sich eine bürgerliche antipsychiatrische Bewegung. Diese wendete sich beispielsweise gegen willkürliches Handeln und eine ungenügende Ausbildung der Ärzte. Auch aus Fachkreisen stand immer wieder das Laienhafte der Psychiater in der Kritik. Ähnlich wie im heutigen medialen Diskurs stand die Frage im Raum, wo die Grenze zwischen normalen und krankhaften Zuständen zu ziehen sei. Niemand sollte fälschlicherweise für krank erklärt werden. (Dazu mehr in Nolte, 2003) Die Forderungen zielten mehr auf Reformen der Psychiatrie denn auf ihre Auflösung. Die Forderung lautete: Mehr Wissenschaftlichkeit! Diese Entstehungsgeschichte prägt die Psychiatrie bis heute. Heute wird der Psychiatrie in medizinischen Kreisen nicht mehr die Wissenschaftlichkeit abgesprochen, wohingegen anderen Disziplinen, die einen kritischen Blick

auf Praxen der Psychiatrie haben, wie beispielsweise die *Gender Studies*, die Wissenschaftlichkeit abgesprochen wird.

Der Status als Wissenschaft war und ist für die Psychiatrie sehr wichtig. Wissenschaft gilt als rational und objektiv und dadurch wird ermöglicht, Kritik von außerhalb der Universitäten als »nichtwissenschaftlich« abzuwerten. Medizinisches Wissen gilt als Laien unzugängliches Fachwissen. Sogenannte Laien können in diesem System nicht beurteilen, was eine kranke Person braucht. In der Praxis führt das dazu, dass unter dem Hochhalten der Objektivität und Allwissenheit des Fachpersonals diskriminierende Strukturen unsichtbar und somit nicht verhandelbar gemacht werden. So ist es beispielsweise gerade für trans Personen, *People of Color*, Lesben, Schwule und Bisexuelle schwierig, Therapeut_innen zu finden, die ihnen nicht ihre eigenen Zuschreibungen aufdrücken und Rassismus sowie Homo- und Transfeindlichkeit zu reproduzieren. Unter der Vorspiegelung eines »unvoreingenommenen« Raumes und wissenschaftlicher Expert_innen werden gesellschaftliche Machtstrukturen fortgeschrieben.

Unabgeschlossene Kapitel

An zwei Aspekten will ich deutlich machen, wie vergangene Kapitel der Psychiatriegeschichte unabgeschlossen sind und noch heute eine Wirkung haben. Zum einen geht es um die Diagnosen »Hysterie« und »Homosexualität«, die zeigen, wie vergangenes Wissen auch heute noch aktuell ist. Zum anderen geht es um die Geschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus, die bis heute noch nicht umfassend aufgearbeitet wurde, was immer noch Auswirkungen für Zwangssterilisierte und Angehörige »Euthanasie«-Ermordeter hat.

Hysterie und Homosexualität

Ich habe als Beispiel zwei Diagnosen gewählt, die heute als »pseudowissenschaftlich« gelten und dennoch weiterhin fortwirken. Das Problematische an der Bezeichnung »pseudowissenschaftlich« ist, dass damit eine Diagnose aus dem wissenschaftlichen Diskurs ausgelagert wird. Dadurch wird es erschwert, die Wissenschaft selbst zu kritisieren, die diese Diagnosen hervorgebracht hat und bringt. Um diese Prozesse deutlicher zu machen, beginne ich mit der Diagnose »Hysterie«.

In der Antike bezeichnete Hysterie die Vorstellung von einer »wandernden Gebärmutter«. Der Wandertrieb würde dadurch ausgelöst, dass keine Schwangerschaft bestehe, also die Gebärmutter nicht mit Sperma befruchtet wird. Hinter dieser Idee steckt die Konstruktion von Frauen, die nur in ihrer Rolle als Mutter (also während der Schwangerschaft) vollständig gesund sein können. (Mehr dazu in Fischer-Homberger, 1984)

Berühmt wurde die Hysterie durch die Krankenvorführungen im *Hôpital de la Salpêtrière* in Paris, wo der Neurologe Jean-Martin Charcot öffentliche Untersuchungen vornahm. Bei diesen Vorführungen bekamen die Frauen den sogenannten hysterischen Anfall, etwas zwischen epileptischem Anfall, Ohnmacht und Orgasmus. (Mehr dazu bei von Braun, 1990)

Zum Thema Hysterie gibt es viele feministisch-wissenschaftliche Untersuchungen. Die Vielfältigkeit und Unkonkretheit einer Diagnose, die sich vor allem auf Frauen bezogen hat, bietet Platz als Projektionsfläche feministischer Auseinandersetzungen und wissenschaftlicher Analysen. Die Themen, die bei der Beschäftigung mit Hysterie eine Rolle spielen sind sehr unterschiedlich: Frauenfeindlichkeit, Rebellion, Intellektualität, frei gelebte Sexualität, durchbrochene Geschlechter(rollen), Ohnmachtserfahrungen, Manipulation und Theater. All das hat die Hysterikerin zu einer

interessanten Figur für feministische Auseinandersetzungen gemacht. (Spannend dazu z. B. Lamott, 2001)

Heute ist der Begriff Hysterie als Diagnose nicht mehr in Verwendung. Dennoch funktioniert er als Bezugspunkt und taucht in Alltagsäußerungen (»Sei nicht so hysterisch«) auf. Dabei wird in der Regel nicht auf die körperlichen Symptome der Hysteriker_innen Bezug genommen, sondern auf Eigenschaften wie besonders dramatisches, übertreibendes Verhalten, Sensibilität sowie eine Tendenz zu Aggression und Überreaktion.

Immer geht es um eine Abwertung des entsprechenden Zustandes. Durch die Zuschreibung des Verrückten, Gestörten der als hysterisch bezeichneten Person wird die Möglichkeit entzogen, im eigenen Handeln ernstgenommen zu werden. Die Botschaft hinter »Du bist total hysterisch« lautet: zu übertrieben, zu aggressiv, zu empfindlich, zu dramatisch, zu manipulativ, zu verlogen – zu anders und damit falsch zu sein. Das dient dazu, Frauen zu Selbstbeherrschung zurückzurufen. Dahinter steckt der Gedanke, dass die hysterische Frau von allem etwas zu viel ist und damit letztendlich zu viel Raum einnimmt. Selbst wenn Hysterie nicht mehr als Diagnose verwendet wird, hat die Bezeichnung noch eine ähnliche Funktion wie um 1900: Delegitimierung, Entsolidarisierung, und der geschlechtliche Platzverweis.

Mit der Diagnose »Homosexualität« wurde noch bis vor etwa 30 Jahren die Kategorisierung von Begehren vorgenommen. Zu Beginn der Benennung von – männlicher – Homosexualität als Diagnose stand der Wunsch nach einer Entkriminalisierung von Männern, die Sex mit Männern haben. Weibliche Homosexualität fand hierbei keine Beachtung, was nicht mit einer größeren Toleranz, sondern mit der Aberkennung weiblicher Sexualität zu tun hatte. Eine Aufhebung des Strafparagraphen fand zu Gunsten der Verschärfung des medizinischen Zugriffs statt. Homosexuelle und bisexuelle Männer konnten nicht mehr verhaftet werden auf Grund ihrer Sexualität – aber in der Psychiatrie »behandelt« werden. Die

Akzeptanz unterschiedlichen sexuellen Begehrens verbessert sich nicht automatisch: In der Weimarer Republik waren Lesben, Schwule und Bisexuelle viel akzeptierter als noch Jahre nach dem Nationalsozialismus. Sowohl juristische Regeln als auch psychiatrische Diagnosen sind von Menschen gemacht und können sich je nach politischer und gesellschaftlicher Lage immer wieder verändern.

Inzwischen gibt es die Diagnose »Homosexualität« offiziell nicht mehr. Doch an vielen Stellen lassen sich Kontinuitäten festmachen. Ein Beispiel ist, wenn das sexuelle Begehren im Kontext anderer psychiatrischer Diagnosen pathologisiert wird, indem Identitätsprobleme unterstellt werden.

Eine weitere Fortführung von heteronormativer Psychiatrie wird beispielsweise im Einführungswerk in die Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlich. Homosexualität befindet sich in dem Kapitel »Störungen der Sexualentwicklung und des Sexualverhaltens« im Bereich »Normvarianten sexuellen Verhaltens« unter der Überschrift »Homoerotische Neigungen«. Dort ist angegeben, dass Homosexualität keine psychische Störung sei. Dennoch erfolgt eine genaue Klassifikation unterschiedlicher Formen von Homosexualität (»Durchgangsstadium«, »pseudohomosexuelles Verhalten«, »fixierte Homosexualität [Neigungshomosexualität]«) und Angaben zu »Ätiologie und Genese«, »Therapie« und »Verlauf und Prognose«. (Remschmidt, 2011) Eine vergleichbare Beschäftigung mit Heterosexualität findet sich dagegen nicht.

An diesen beiden Beispielen wird deutlich, wie Diagnosen zu einer geschlechtlichen und sexuellen Normierung beigetragen haben und immer noch beitragen. Im Folgenden wird es um die Rolle der Psychiatrie im Nationalsozialismus gehen, denn dort hatte die Klassifikation als psychisch krank tödliche Folgen. Bis heute hat die Psychiatrie sich nicht ausreichend mit diesem Teil ihrer Geschichte auseinandergesetzt.

»Helfen und Heilen« im Nationalsozialismus

Zwangssterilisierte und Angehörige der im ärztlichen Massenmord, oft unter dem verharmlosenden Nazibegriff »Euthanasie« (der ›schöne Tod‹) gefasst, umgebrachten Menschen kämpfen auch heute noch um die Gleichstellung mit anderen NS-Verfolgten. (Bund der »Euthanasie«-Geschädigten und Zwangssterilisierten e.V., 2016) Erst langsam beginnen erste Auseinandersetzungen. Um die Gründe dafür zu verstehen, gebe ich einen kurzen Einblick in die Rolle von Psychiater_innen vor, während und nach dem Nationalsozialismus.

Schon vor 1933 war die Psychiatrie eine Art gesellschaftliche Hygienemaßnahme. Dabei galt der Volkskörper als eine biologische Einheit, die durch »Eindringlinge« gefährdet wird. Oft wurde so auch Antisemitismus legitimiert. Jüd_innen galten als »Parasiten« die »das Volk« zersetzen würden. Innerhalb dieses Volkskörpers wurden Menschen nach ihrer »sozialen Brauchbarkeit« sortiert. Es wurde gefordert, medizinische sowie politische Handlungen nach biologischen Gesichtspunkten auszurichten. Das »biologisch fundierte Denken und Handeln« bezog sich besonders auf die Kontrolle der Fortpflanzung unter erbbiologischen Gesichtspunkten. Die »Gleichheit aller Menschen« wird abgelehnt, sie entspricht nicht jenem sozialdarwinistischen Denken. Viele Psychiater forderten schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts Handlungsmöglichkeiten nach eugenischen Prinzipien, also der Möglichkeit, Fortpflanzung zu beschränken und Menschen auszusondern.

Das erste Werk, das aktive Vernichtung forderte, erschien 1920 von einem Rechtswissenschaftler und einem Psychiater: »Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens: Ihr Maß und ihre Form« (Binding & Hoche, 1920). Nur ein Jahr später, 1921, erscheint von Autoren und Verlegern der *Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene*: »Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene« (Baur, Fischer, &

Lenz, 1921). Es zeigt, dass die damalige wissenschaftliche Grundlage für die Vernichtung von als »lebensunwert« gekennzeichnetem Leben dem psychiatrischen Denken schon vor dem Nationalsozialismus innewohnte. Doch erst die Politik des Nationalsozialismus machte eine Umsetzung möglich. Am 1.Januar 1934 trat das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* in Kraft. Das Gesetz machte die Sterilisation von Menschen möglich, die als »erbkrank« klassifiziert wurden. Es umfasste »Schwachsinn«, »manisch-depressives Irresein«, »Schizophrenie« sowie verschiedene körperliche Be_hinderungen[1] und »schwerer Alkoholismus«.

Durch das Zwangssterilisierungsgesetz sollte die Existenz der als minderwertig und erbkrank klassifizierten Menschen verhindert werden. Damit sollte »das Volk« vor allem Übel geschützt werden. So schrieb ein Psychiater und späterer Gutachter beim ärztlichen Massenmord, Werner Villinger, dass das Wichtigste jeder Verbrechensbekämpfung sei, Vermehrung »biologisch Unterwertiger« zu verhindern. (Nach Klee, 2001, S. 59) Die Figur Villingers ist so beispielhaft, weil ihre Bedeutung weit über 1945 hinausreicht. Während Villingers Beteiligung am ärztlichen Massenmord in den 1960ern diskutiert wurde, wurden seine massenhaften Anordnungen von Zwangssterilisierungen im Nationalsozialismus zu seinen Lebzeiten nicht zum Thema der Kritik. Er bekam in seinem Leben viele Auszeichnungen und war Mitglied in Ausschüssen und Kommissionen. So war er auch Sachverständiger in dem 1961 gegründeten Ausschuss des Bundestags, der entschied, dass diejenigen, die im Nationalsozialismus zwangssterilisiert wurden, keine Entschädigungen bekommen. Das Urteil gilt bis heute. Villinger und seine Kollegen betonten, dass das Erbgesundheitsgesetz kein NS-Unrecht gewesen sei, sondern der damaligen und heutigen wissenschaftlichen Überzeugung entspräche. (*Protokoll der 34. Sitzung des Ausschusses für Wiedergutmachung*, 1961)

Die einstigen Gutachter und Zwangssterilisierer sorgten dafür, dass keine Entschädigungen gezahlt wurden. Villinger äußerte im Protokoll, dass die Sterilisation eine Wohltat gewesen sei und nur dem Interesse des Kranken gedient habe, dem »einsichtigen Träger solcher Erbanlagen«. Er forderte im Ausschuss ein Gesetz, um den Gefahren einer »hemmungslosen Fortpflanzung Erbkranker« entgegenwirken zu können. Entscheidend ist, dass sich auch im Jahre 1961 damit positiv auf erbbiologische Ansätze bezogen wird. Bis heute hat sich die Bundesregierung nicht von den Entscheidungen des Ausschusses distanziert. Dies erschwerte Forderungen nach Umkehrung der Operationen oder gar Entschädigungen.

Bis heute sind Zwangssterilisierungen entmündigter Menschen möglich. Die Bedingungen dazu sind in § 1905 »Sterilisation« des Bürgerlichen Gesetzbuches geregelt.

Der Bruch mit der Vergangenheit verläuft in der Psychiatrie nur zögerlich. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde entschuldigte sich erst im Jahre 2010 offiziell für die begangenen Taten. Dies erklärt sich unter anderem dadurch, dass die meisten der verantwortlichen Psychiater nach 1945 weiter im Amt blieben und bis ins hohe Alter zentrale Gremien mitbesetzten. Erst 2007 wurde das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* vom Bundestag geächtet. (Radiosendung von Hinrichs & Rubinich, 2012)

Das Motiv, das sowohl hinter Zwangssterilisation, Massenmord und fehlender Entschädigung steckte ist das Motiv des »Helfen und Heilens«. Helfen und auch Heilen sind Begriffe, die moralisch positiv besetzt waren und es auch heute noch sind. Kein Psychiater argumentierte für Selektion aus Hass und Vernichtungswillen heraus. Der Tod wurde als Erlösung definiert, und Zwangssterilisierungen sollten (und sollen) den Volkskörper von Leben schützen, das als minderwertig definiert wird. Mit der Rolle der Psychiatrie und Psychiater_innen zur Aufrechterhaltung und Vorantreibung

des Nationalsozialismus wurde sich bis heute zu wenig auseinandergesetzt – und keine Konsequenzen daraus gezogen. Die fehlende Auseinandersetzung macht den Nationalsozialismus zu einem unabgeschlossenen Kapitel. Die Notwendigkeit für Zwangssterilisierungen und ärztlichen Massenmord wurde wissenschaftlich begründet. Gerade das macht es nötig, Wissenschaft nicht unkritisch gegenüber zu stehen, sondern zu prüfen, von welchen Annahmen Wissenschaftler_innen geleitet werden.

F wie Fehldiagnose

Wie selbstverständlich wird inzwischen mit Begriffen wie »psychische Krankheit« »Depression« »Burn-Out« etc. jongliert. Diagnosen wie diese sind Teil des Netzes der Macht, welches die Psychiatrie aufrechthält. Sie sortieren ein in bestimmte Störungskategorien. Für alle Diagnosen gilt – theoretisch – das Prinzip, dass ein Leidensdruck vorhanden sein muss.

Dabei wird nicht unterschieden, ob Personen an inneren Vorgängen leiden oder daran, dass Menschen ihnen erklären, sie wären verrückt. Gerade wenn wahnhafte Störungen diagnostiziert werden, wird oft Eigen- oder Fremdgefährdung (gleichgesetzt) angeführt und dabei wird ein eigenes Leiden zur Definition einer Diagnose völlig unerheblich.

Klassifkation im ICD-10

Die Kategorisierung von Diagnosen findet in Deutschland im ICD-10 statt, dem statistischen Manual der Weltgesundheitsorganisation. Psychiatrische Diagnosen werden kenntlich durch den Buchstaben »F« vor den Zahlen. Dabei wird unterschieden in »F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen; F30-F39 Affektive Störungen; F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; F70-F79 Intelligenzstörung; F80-F89 Entwicklungsstörungen; F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend; F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen«. (ICD-10)

In jeder Untergruppe endet die jeweilige Aufzählung der möglichen Diagnosen mit »Nicht näher bezeichnete [Störung]«. Dies macht es möglich, alle nicht eindeutig Klassifizierbaren in Restkategorien unterzubringen und somit einen psychiatrischen und therapeutischen Zugriff zu ermöglichen. An der Vergabe einer Diagnose wird außerdem der Erfolg der Diagnostizierenden gemessen. Keine passende Diagnose zu finden, ist letztendlich ein beruflicher Kompetenzverlust. Die Vorstellung von den gesunden Diagnostizierenden und den kranken Diagnostizierten wird aufrechterhalten. Also dient jede Diagnose auch der Bestätigung der Gesundheit des Fachpersonals.

In der sogenannten Differentialdiagnostik werden Störungen ausgeschlossen, um »die richtige« Diagnose stellen zu können. Denn davon hängt die Wahl einer möglichst effizienten Therapie ab: Medikamente, Ruhigstellen, Gespräche oder Verhaltens- und Emotionskonditionierung. Der entscheidende Punkt ist, dass in der Diagnostik geprüft wird, welches Verhalten, Denken, Fühlen und welche Persönlichkeit noch als normal und welches als krankhaft und gestört gilt. Diagnosen sortieren ein in gestattete und nicht-gestatte Verhaltens- und Lebensweisen. Rauchen ist (noch) erlaubt, bewusste Schnitte in die Haut (F 60.31: emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus) sind es nicht. Mit Gott Zwiesprache zu halten ist akzeptiert, mit den unreligiösen Stimmen zu kommunizieren ist wahnsinnig (z. B. F20ff: Psychosen). Geschlechterrollen anzuzweifeln ist noch tragbar, Überschreitung der Geschlechtergrenzen kann schon pathologisiert werden (F64: Störungen der Geschlechtsidentität).

Diagnosen sind nicht geschlechtsneutral. Sie wurden in der Vergangenheit dazu genutzt, Personen zu entmündigen und einzusperren, die von ihren Geschlechterrollen abwichen. Gerade die Wahrnehmung, das Verhalten und das Denken von Frauen wurde (und wird) diszipliniert und an

ihrem (heterosexuellen) Bezug zu Männern gemessen. Diagnosen werden auch heute noch zum Einsperren und Entmündigen genutzt. Die Diagnosen lauten nicht mehr Hysterie und Homosexualität, sondern postnatale Depression (F 53.0, schlechte Mutter) Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31, emotional nicht-regulierbare Frau) und Vaginismus (F 52.5, viel zu frigide). Diagnosenbildung ist von psychiatrischer Praxis nicht zu trennen, denn sie beeinflussen sich wechselseitig: Die Art der Diagnose definiert die psychiatrische Praxis, die psychiatrische Praxis bestimmt, welche Diagnosen vergeben werden.

Die Suche nach der richtigen Diagnose

Welches Verhalten, welches Denken und welche Empfindungen zu Symptomen werden, wird in einer verfeinerten Unterscheidung festgehalten: Dem Prozess der Diagnostizierung. Sowohl in psychiatrischen als auch in psychosomatischen Kliniken wird viel Zeit in das Finden der »richtigen« Diagnose gesteckt. Denn die korrekte Diagnose verspricht die passende Therapie, sei es biochemisch oder durch Gesprächsprozeduren, und somit vor allem eins: Heilung.

Diagnostik ist ein Verfahren, das manchmal auch stationär durchgeführt wird, um die Person genauer beobachten zu können. Zu diesem Verfahren gehören Befragungen, Verhaltens- und Wahrnehmungsanalysen und vor allem Fragebögen. Einige dieser Fragebögen dürfen selbst ausgefüllt werden; oft werden (halb-)strukturierte Interviewverfahren genutzt. Die Auswahl des Fragebogens richtet sich nach bereits getroffenen Vorannahmen. Durch die Fragebögen werden auch Dinge problematisiert, die bis zum Zeitpunkt der Befragung gar nicht als problematisch wahrgenommen wurden. Die Ideen, was alles krankhaft sein kann, werden somit durch die Befragung erst hervorgebracht.

Ein Beispiel für ein diagnostisches Verfahren ist der BDI. Der BDI ist ein sehr einfach gehaltener Aussagebogen. Er dient dazu, den Schweregrad einer Depression zu messen. Der ursprüngliche BDI besteht aus 21 Aussagen darüber, wie sich der Patient [sic!] in den letzten zwei Wochen gefühlt hat. Zu jedem Punkt gibt es jeweils vier Aussagemöglichkeiten, die nach ihrer Intensität geordnet sind. Hier ein Beispiel:

(0) Ich bin nicht traurig.
(1) Ich bin traurig.
(2) Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.

(3) Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.

Die Zahlen in den Klammern markieren die Punktzahl, die in dem entsprechenden Test erreicht werden können. Der Fokus dieses Testes ist das individuelle Leiden. Durch das vereinfachte Auswertungsverfahren gleicht der BDI einem Test in der »Bravo«, bei dem am Ende die Punkte zusammengezählt werden. Der BDI hat jedoch weitreichendere Folgen als ein Test in einem Teenie-Magazin. Ähnlich ist jedenfalls, dass alleine durch die Ankreuzmöglichkeiten eine Idee davon vermittelt wird, was ein normales Leben bedeutet.

Hier ein paar Beispiele dafür, was es bedeutet, in dem Test 0 Punkte zu bekommen: Nicht traurig sein, nicht mutlos sein, sich nicht als Versager [sic!] fühlen. Keine Schuldgefühle haben. Sich nicht gestraft fühlen. Nicht von sich enttäuscht sein. Nicht daran denken, sich etwas anzutun, nicht öfter weinen, nicht reizbar sein, nicht das Interesse an Menschen verlieren. Appetit haben, sich nicht weniger für Sex interessieren und genauso gut arbeiten können wie »früher«.

Ein paar dieser Dinge nicht zu erfüllen führt noch nicht zum Ergebnis »mittelgradige depressive Episode«, aber es entsteht eine Idee davon, was

als gut und erstrebenswert gilt. Es werden Normen gesetzt für Emotionen, für Interesse an Menschen, für Arbeitsfähigkeit und für Sexualität.

Alles wird in Relation zu einem, als positiv imaginierten »Früher« gesetzt. Die Vorstellung dahinter ist die eines weiß-bürgerlich guten Lebens, das plötzlich von einer schweren psychischen Krankheit zerrissen wird. Je nach Theorie ist Depression die durch eventuelle Auslöser in der Umwelt aus den Genen herausplatzende ominöse Bedrohung, die das zuvor gut gelaufene Leben mit Ehemann_frau und Kind zerstört. (Mehr zum Thema Depression: Jurk, 2014)

Gerade in den Medien taucht dieses Motiv oft auf; ein gutes Beispiel ist der Film »Helen«. Dabei wird die Norm gesetzt, dass dieses gute »Früher« für alle existiert. Damit einhergehen auch Vorstellungen von einer unberührten Kindheit. Dass wir in einer Gesellschaft leben, in der die Kleinfamilie als Keimzelle der kapitalistischen Gesellschaft funktioniert – mit all ihren dysfunktionalen Vereinzelungsmustern, patriarchalen Strukturen und blutsgeknüpften Schweigegeboten – wird dabei vernachlässigt.

Krisen und Zusammenbrüche reißen nicht für alle die vorher heile Welt in einen Abgrund. Viele leben tagtäglich an diesem Abgrund und haben kein positiv imaginierbares »Früher« – sondern nur die Hoffnung darauf, dass es irgendwann einmal anders wird. Für manche ist eine Krise der Moment, in dem die Situation des eigenen Lebens bewusst wird. Für eine positive Deutung des aktuellen Zustandes findet sich aber kein Platz – nur das »Früher« wird zwangsweise positiv gedeutet.

Ein gesellschaftlicher Bezug spielt im BDI keine Rolle. Es geht um das individuelle Leiden und nicht darum, dass zum Beispiel Enttäuschung über sich selbst geprägt ist von Leistungsgedanken in einer neoliberalen Gesellschaft. Bezeichnend ist auch, dass der Test nur männlich gegendert wird. Vor Beginn des Testes muss im Kopf ein Kreuz bei »männlich« oder

»weiblich« gemacht und das Alter angeben werden. Durch das Hervorheben dieser Kategorien werden diese normalisiert, das heißt, sie bekommen eine Bedeutung, die nicht hinterfragt werden soll.

Der BDI ist nur ein kleines Element diagnostischer Prozesse, zeigt jedoch, wie Normierungen geschaffen und aufrechterhalten werden – unabhängig von den tatsächlich gegebenen Antworten.

Im Folgenden werde ich beispielhaft auf die Diagnosen Depression, Schizophrenie und Borderline-Persönlichkeitsstörung eingehen und zeigen, wie gesellschaftliche Normierung durch psychiatrische Diagnosen funktioniert.

Depression, Schizophrenie und Borderline

Diagnosen wirken innerhalb eines psychiatrischen Systems unterschiedlich. »Depression« dient in unserer Gesellschaft nicht nur als Zustandsbeschreibung von Niedergeschlagenheit, Interessensverlust und Erschöpfung, sondern vor allem als pathologische Diagnose. Die Zuordnung eines Zustandes zur Depression bietet die Möglichkeit einer Krankschreibung. In der Vorstellung, dass Depression einen Menschen im zuvor glücklichen Leben völlig unabhängig von der Gesellschaft überfällt, wird die Verantwortlichkeit für den als negativ bewerteten Zustand der Diagnose zugeschrieben. Damit wird den Betroffenen die Schuld abgenommen, im kapitalistischen System nicht zu funktionieren. Gleichzeitig findet eine Entmündigung statt, die Fähigkeit über Zustände, Emotionen und Umgänge entscheiden zu können, wird der_dem Patient_in abgesprochen. Immer ist es ein Zusammenspiel aus gesellschaftlichen Zwängen und eigenen Entscheidungen, mal spielt das eine größere Rolle, mal das andere. Die Verantwortung zugunsten eines Konzepts von Krankheit abzugeben, hat jedoch zur Folge, dass sich eine Gesellschaft

komplett der Verantwortung entzieht, sich mit den Ursachen – und vielleicht auch den produktiven Elementen – eines Nicht-Funktionierens zu beschäftigen. Die eigene und die gesellschaftliche Handlungsfähigkeit werden unsichtbar gemacht.

Bei einer Depressions-Diagnose liegt die Betonung auf der eigenen Verantwortung und Anstrengung, die eigene Leistungsfähigkeit wieder herzustellen – sei es durch Medikamente oder durch Therapien. Aus einer feministischen Perspektive ist es wichtig, Handlungsfähigkeiten sichtbar zu machen, sie aber nicht in ein alleiniges Selbstverantwortungssystem einzuordnen, sondern kollektiv nach Lösungen für und Ursachen von individualisierten Problemen und Schwierigkeiten zu suchen.

Eine Diagnose, auf die in politischen Debatten seltener Bezug genommen wird, ist die Diagnose »Schizophrenie«. Diese Diagnose zielt nicht nur auf das Fühlen ab, sondern vor allem auf eine Normierung der Wahrnehmung, des Denkens, des Willens, des Gefühlserlebens und des Ichs. Der Begriff Schizophrenie stammt aus dem Beginn des 20. Jahrhunderts und umfasst die verschiedensten Vorstellungen von Störungen. Ein bekanntes Erleben, dass als Symptom gewertet wird, ist das Wahrnehmen von Stimmen, die nur die Betroffenen hören, sowie Zustände von Wahn.

»Wahn« bezeichnet etwas, was nicht mit der Realität übereinstimmt. Doch das, was als Realität gilt, ist umstritten. Eingebettet in ein religiöses oder kulturelles Konzept ist es durchaus möglich, mit Stimmen zu sprechen, die nicht da sind (beten), oder sich von Wesen beeinflusst zu sehen, die nicht sichtbar sind (Gott, Allah, Engel etc.). Das gilt alles als nicht verrückt. (Wobei es in einer zunehmend säkularen Gesellschaft deutliche Tendenzen gibt, auch diese Zustände zu pathologisieren.)

»Stimmen hören« ist etwas, was viele Menschen können. Unter Folter hört zum Beispiel ein großer Teil der Menschen Stimmen. Jedoch auch das gilt nicht als krank, sondern als Umgang mit einem Erleben, das (noch)

nicht verarbeitet ist. Doch wenn es nicht in einen erklärbaren Kontext eingebettet zu sein scheint, macht das Hören von Stimmen Menschen im nahen und fernen Umfeld oft Angst. Häufig geht damit die Assoziation »unberechenbar« einher.

In jedem Fall gilt eine Person mit einer vom Realitäts»konsens« abweichenden Wahrnehmung als krank und muss verändert werden – meistens medikamentös. Im Fall der Diagnose Schizophrenie spielt das eigene Leiden oder Nicht-Leiden nur eine geringe Rolle. Es wird entweder von einer Gefährdung der Umgebung ausgegangen oder von einem so krankhaften Zustand, dass die Person nicht mehr selbst entscheiden könne, ob und welche Hilfe sie wolle. Das Erleben gilt als krankhafte »Halluzination«.

Aus einer feministischen Perspektive ist es problematisch, wenn Wahrnehmungen und Erleben abgesprochen werden, denn wenn die eigene Realität nicht anerkannt wird, wird Protest und Widerstand verunmöglicht. Gesellschaftliche Erklärungen finden sich selten, fast immer wird auf die Genetik verwiesen. Einsamkeit, Trennung, schlimme Erlebnisse, Leben im Kapitalismus, Trauer – das alles gilt nicht für die Erklärungsmodelle. Es handelt sich im psychiatrischen Verständnis eben um eine Krankheit, und gegen Krankheiten gibt es Tabletten. Eine kontextuelle Betrachtungsweise bietet der Autor Jonathan Metzl, der untersucht, warum gerade Schwarze Männer in den 1960er Jahren in den USA fünfmal häufiger mit Schizophrenie diagnostiziert wurden als andere Gruppen. Schizophrenie galt als »Protest-Psychose«, in der Proteste gegen die rassistische Gesellschaft als individuelle Krankheit verstanden wurde, nicht als Produkt der rassistischen Gesellschaft. (Metzl, 2009) Das erinnert an die Diagnose »Drapetomanie«, mit der im 19. Jahrhundert der Drang von Sklaven, aus der Gefangenschaft zu fliehen, bezeichnet wurde. Dies galt damals als psychische Krankheit.

Hier wird deutlich, wie die Diagnose Schizophrenie genutzt wurde, um Menschen auszusondern. Doch in der Bezugnahme auf die biochemischen Vorgänge werden die gesellschaftlichen Zusammenhänge und Herrschaftsstrukturen unsichtbar gemacht.

Eine Diagnose, die sich vor allem gegen Frauen richtet, ist die sogenannte »Borderline-Persönlichkeitsstörung«. Persönlichkeitsstörungen verkörpern dem ICD-10 nach »ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität«. Borderline wird im Diagnosekatalog als »emotional instabile Persönlichkeitsstörung« bezeichnet. Dabei bestehe eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen. Zur Diagnosestellung werden verschiedene Elemente herangezogen. Darin zeigen sich deutlich gesellschaftliche Vorstellungen von einem normalen Leben und Selbstgefühl. Ein Aspekt ist dabei die Störung der Identität und des Selbstbildes. Hinter dem Gedanken einer gestörten Identität steht der Gedanke einer »ursprünglichen«, »natürlichen« Identität. Gerade Identität wird durch gesellschaftliche Herrschaftsverhältnisse geprägt, so zum Beispiel durch geschlechtliche Zuschreibungen. Häufig wird bei der Diagnose Borderline auch der Aspekt der sexuellen Orientierungslosigkeit angeführt. Fluide Geschlechter oder fluide sexuelle Orientierungen können dadurch als krankhaft klassifiziert werden. Die Sanktionierung von Sexualität spielt bei der Borderline-Diagnose eine wichtige Rolle. So wird in medialer Aufbereitung gerne Bezug genommen auf sogenannte Promiskuität. Gerade Frauen und trans Personen, die wechselnde Sexualpartner_innen haben, können somit als zu impulsiv und selbstgefährdend eingestuft werden. Bei Frauen gilt das als impulsiv, bei Männern als Teil ihrer Geschlechtsrolle.

Die Diagnose Borderline macht vielfältigste Verhaltensweisen therapeutisch zugänglich. Wut, widerständiges Verhalten, selbst

Therapieabbruch. Da Therapieabbruch zum Symptom erklärt wird, wird Kritik der_des Therapeut_in als problematisch delegitimiert. So wird die Beendigung einer Therapie zum Teil des Problems, und nicht der_die Therapeut_in auf den Prüfstand gestellt. Gerade bei einer als Persönlichkeitsstörung gefassten Diagnose wird die ganze Person, der ganze Charakter Zielscheibe von therapeutischen und psychiatrischen Interventionen. Es werden Beziehungssysteme normiert, der Umgang mit Emotionen in schädliche und nicht schädliche Verhaltensweisen sortiert und der Zwang zu einer klar definierbaren Identität geschaffen. (Mehr zum Thema Borderline bei Carri & Waldschrat, 2015)

Diese Diagnosen sind nur winzige Ausschnitte aus dem Diagnosekatalog, die immer feiner voneinander abgegrenzt werden. Das Schwierige ist, dass Diagnosen sehr langlebig sind. Die Grundannahmen, die die vergebene Diagnose über das eigene Leben treffen, sind schwer wieder loszuwerden. Für manche ist dies allerdings auch nicht erstrebenswert, sie sind voll und ganz »krankheitseinsichtig«.

Krankheitseinsicht und Selbstpathologisierung

Im letzten Abschnitt habe ich aufgezeigt, dass bei der Diagnose »Borderline-Persönlichkeitsstörung« Therapieabbruch als ein Symptom gewertet wird. In der Psychologie gibt es einen Begriff für die Mitarbeit bei therapeutischen Maßnahmen: »Compliance«. Die englische Bezeichnung »Compliance« bedeutet Zustimmung, Einwilligung, aber auch Nachgiebigkeit und Unterwürfigkeit. Der Begriff bezieht sich auf die Einhaltung angeordneter Behandlungen, wie zum Beispiel Gespräche, oder die regelmäßige Einnahme von Medikamenten. Als Voraussetzung für »Compliance« gilt die Anerkenntnis der eigenen Krankheit. Bei Diagnosen, in denen eine Störung der Wahrnehmung bescheinigt wird, gehen

Therapeut_innen und Psychiater_innen davon aus, dass eine Krankheitseinsicht von selbst nicht erfolgen kann. Daher wirken Therapien und Maßnahmen daraufhin, zu eben dieser Einsicht zu gelangen. Das führt zu einem Dilemma, in dem es nur zwei Möglichkeiten gibt: Entweder krank sein, weil eine_r krankheitseinsichtig ist oder krank sein, weil eine_r nicht zugeben kann, krank zu sein.

Ein Beispiel zur wahnhaften Realitätsauffassung: Viele Menschen würden behaupten, dass es so etwas wie das Patriarchat oder Heteronormativität nicht gibt. Also leidet eine Person, die permanent von einer Belastung durch eben diese Zustände spricht, unter einer Einbildung, unter einem wahnhaften Zustand. Im diagnostischen Blick kann jedes Verhalten, Denken und Fühlen zu einem Symptom für eine Krankheit werden. Widerstand wird dadurch erschwert. Ein konkreteres Beispiel aus einer von mir zu Forschungszwecken besuchten Psychiatrievorlesung: Der Psychiater berichtet von einem Mädchen, das sich von Menschen in weißen Kitteln verfolgt fühlt und Angst hat, von ihnen verkabelt zu werden. Dies gilt als wahnhafter Zustand, denn das Interesse von Ärzt_innen ist es, Menschen zu helfen. Eine Person, die dieser Darstellung widerspricht, gilt als krankheitsuneinsichtig, da sie den eigenen Wahn nicht erkennt. Die Ärzt_innen führten zur genaueren Diagnostizierung ein Elektrokardiogramm (EKG) durch, bei dem der Körper mit verschiedenen Kabeln an einen Computer angeschlossen wird. Der Wille der Ärzt_innen steht über dem Bedürfnis und den Ängsten des Mädchens, da sie als nicht krankheitseinsichtig definiert wird.

Hier wird deutlich, wie mit dem Konzept der Krankheitseinsicht gerade bei einer Diagnose, die wahnhafte Symptome vorsieht, jeglicher Widerstand übergangen werden kann. Daher ist es aus feministisch-psychiatriekritischer Perspektive wichtig, Menschen in ihren Versionen der Realität zuzuhören. Das bedeutet nicht, dass es nur noch Erzählungen gibt, die nebeneinander

stehen. Doch werden gerade Verschwörungstheorien nicht als Erzählung, sondern als wahnhafte Gedanken gehandhabt. Eine Pathologisierung von Verschwörungstheorien als wahnhafte Gedanken entzieht sie politischer Diskussionen. Die Delegitimierung durch die Bezeichnung »wahnhaft« führt dazu, dass Erzählungen nicht politisch abgelehnt werden, sondern die Erzählenden entmenschlicht werden. Auf das genaue Zuhören wird dann verzichtet, es folgt ein Verweis auf Therapie und Beratung. Damit wird eine Analyse der Vorstellungen unmöglich – und damit auch politisches Handeln.

Umfeld und Therapie zielen darauf ab, dass eine für krank erklärte Person ihre »Krankheit« einsieht und die damit erhoffte »Compliance« bei vorgeschlagenen Therapien erbringt. In diesem Hinwirken auf die Krankheitseinsicht wird ein Zwang ausgeübt, der weitaus tiefer reicht als der Zwang durch mechanische Fesseln: Der Wille wird soweit verändert, das Widerstand unmöglich wird. Das Eingeständnis der eigenen Krankheit wird an ein Heilsversprechen gekoppelt: Gestehe, dass du krank bist. Dann können wir die richtigen Heilmittel finden, Gespräche, Medikament, Verhaltensveränderungen.

Das Konzept der Krankheitseinsicht erfordert letztendlich eine totale Unterwerfung. Es ist nicht eine Unterwerfung des Körpers notwendig, sondern eine Unterwerfung der Psyche, des Inneren und Privaten. Die Unterwerfung kann mehr oder weniger bewusst erfolgen. Manchmal macht es die Situation überlebensnotwenig, um äußeren Zwang weniger spüren zu müssen. Manchmal kann es eine bewusste Entscheidung sein, weil eine_r sich etwas Bestimmtes von einer Therapie erhofft und die Pathologisierung in Kauf nimmt. Manchmal wird die Erkenntnis der eigenen Krankheit auch herbeigesehnt.

Die Vergabe einer Diagnose kann für manche Menschen auch eine Anerkennung des eigenen Schmerzes bedeuten. Gerade die Vorstellung,

dass eine sogenannte psychische Krankheit durch ein biochemisches Ungleichgewicht verursacht wird, bedeutet für viele Menschen eine Entlastung. Darin steckt die Idee, keine Schuld zu haben am eigenen Leid, am eigenen Schmerz und den eigenen Lebensumständen. In einer kapitalistischen Gesellschaft, die auf Leistung setzt, kann eine psychiatrische Diagnose bedeuten, eine Krankschreibung bekommen zu können. Im Fall einer Lohnarbeit besteht dadurch die Möglichkeit, weiterhin Geld zu bekommen. Das kann sowohl materiell als auch auf Gefühlsebene sehr entlastend sein. (Für Menschen ohne Lohnarbeit oder ohne festen Wohnsitz bietet dies allerdings keine Entlastung.)

Biologistische Ansätze vermitteln die Vorstellung einer absoluten Wahrheit: »Das ist einfach so! Dafür kann ich nichts.« Das verspricht Erleichterung, bietet Schutz davor, sich selbst schuldig zu fühlen. Das führt dazu, dass es viele Menschen gibt, die sich selbst für krank erklären oder dies dankend annehmen. Es ist der Wunsch, dass jemand anderes sehen kann, wie schlimm es eine_r geht. Es bietet die Möglichkeit, der eigenen Diagnose entsprechende Selbsthilfegruppen zu suchen und sich so auch mit anderen zusammen zu tun. Erklärungsmodelle, materielle Absicherungen (sofern zugänglich), Vernetzung. Das sind sehr attraktive Aspekte der (Selbst)pathologisierung.

Die Schwierigkeit ist, dass Selbstpathologisierung auch zu einer Entmündigung führen kann. Sich selbst immer unter einer diagnostischen Brille zu betrachten, kann viele unangenehme Konsequenzen haben. Zum Beispiel sich in Beziehungsstreits auf Grund einer zugeschriebenen Borderline-Persönlichkeitsstörung immer selbst als die Ursache zu betrachten. Die eigene Wahrnehmung auf Grund einer Schizophrenie-Diagnose permanent in Frage zu stellen. Und auf Grund der Diagnose »Intelligenzminderung« das eigene Können.

Es werden Hierarchien geschaffen zwischen unterschiedlichen Formen von Schmerz. All unsere Vorstellungen davon, was Gewalt ist, was Schmerz verursacht, all das unterliegt gesellschaftlichen Vorstellungen von Klasse, Geschlecht und Rassifizierung: Die Diagnose »Posttraumatische Belastungsstörung« führt zu mehr Anerkennung als das Leiden unter einem Leben in Armut. Depression ist ein offizieller Leidensgrund, rassistische Diskriminierung ist es nicht. Fremdbewertungen prägen eigene Bewertungen, diesen widersprechende Wahrnehmungen finden kaum Worte und Ausdrucksformen, da sie im pathologisierenden Denken nicht vorkommen. So können komplexe (innere und äußere) Kämpfe stattfinden, die sich in den Vergleich zu anderen setzen, die Diagnosen hierarchisieren und den Wert des eigenen Leides bestimmen. In diesem Feld hat Pathologisierung (scheinbar) Vorteile. Eine Diagnose ist vergleichbarer als Zustände und Gefühle. Was keine Diagnose hat, ist auch keine anerkannte Leidensform. Auch wenn heute versucht wird, immer mehr Zustände in Diagnosen zu fassen (wie bspw. neuerdings Trauer in den USA), können damit keine gesellschaftlichen Strukturen wie Rassismus oder Heteronormativität erfasst werden.

(Selbst)pathologisierung führt zur Verschiebung von Problemanalysen. Immer wieder taucht in linken und feministischen Debatten ein sogenanntes »Aktivist-Burnout« auf. Damit werden Erschöpfungszustände von Aktivist_innen beschrieben, die zu viel Zeit und zu viel Energie in Projekte gesteckt und sich darin aufgerieben haben. Dabei wird eine Betonung auf den eigenen Aktivismus gelegt und sich – wenn auch unbeabsichtigt – von denen abgegrenzt, die nicht so aktiv sind. Die Frage dreht sich um die Fähigkeit zur Selbstfürsorge – um die eigene und seltener auch die der Community. Als Problem gilt dabei die Art des eigenen Aktivismus, der nicht selbstfürsorglich genug betrieben wird, so dass daraus eine psychische Krankheit namens Burnout entsteht. Das dient zur Rechtfertigung für das

eigene Leid und Unwohlsein. Doch wenn der eigene, freigewählte Aktivismus die Ursache der Erschöpfung ist, bedeutet das, dass eine_r nicht permanent um das eigene Überleben kämpfen muss. Im Überleben kann es kein »Burnout« geben. Es ist wichtig, sich dies immer wieder zu vergegenwärtigen. Die Verhältnisse sind das Problem, nicht der Kampf dagegen. Das heißt nicht, dass es nicht sinnvoll sein kann, sich mit der Frage auseinander zu setzten, wie Widerstand geübt werden kann. Gerade wenn politisches Engagement zu einem Leistungswettbewerb wird, sollte dies hinterfragt werden. Nicht immer ist es übermäßiger Aktivismus, der Erschöpfung produziert, es können auch beispielsweise männlich dominante Strukturen und Diskriminierung in den so vertrauten Kreisen sein.

Das Verwenden von pathologisierender Sprache führt ebenfalls dazu, dass Hierarchien geschaffen werden. Wer Burnout oder Depressionen für sich als Beschreibung des eigenen Zustands in Anspruch nimmt, erhofft dadurch mehr Anerkennung als durch die Information, etwas nicht tun zu können – oder zu wollen. Durch eine Verschiebung der Diskussion auf das mangelnde eigene *Können* (durch »psychische Krankheit«) verliert das *Wollen* an Bedeutung. Bestimmte Dinge wie Demonstrieren, Aufstehen, einer Lohnarbeit nachgehen, Kochen, Spazierengehen oder Basteln nicht tun zu *können*, erfährt mehr Akzeptanz, als diese Dinge nicht tun zu *wollen*. Dabei liegt das emanzipatorische Potential doch eigentlich in der bewussten Verweigerung, sich den Verhältnisse unterzuordnen und in der Entscheidung, auch im Alltag Widerstand zu leisten. Das heißt nicht, dass alle alles können, wenn sie sich nur genug anstrengen würden, doch bisweilen führt der Fokus auf das *Können* dazu, dass »faul« wieder ein Schimpfwort wird – von dem sich die wahrhaft »psychische Krankheit« abgrenzt. Anstatt »faul« und »unfähig« als herausfordernde Begriffe zu nutzen, führen Selbstpathologisierungen lediglich zur Demonstration

eigenen Ohnmachtsgefühlen. Aus dieser Haltung heraus ist es jedoch schwer, emanzipatorische Kämpfe zu führen.

Psychiatrische Zugriffe auf Körper & Psyche

Im letzten Kapitel ging es um den Prozess der Diagnostizierung und um verschiedene Diagnosen. In diesem Kapitel geht es um die Konsequenzen, die psychiatrische Bezeichnungen nach sich ziehen können.

Die Konsequenzen reichen von Zwangseinweisung über Therapien bis zur Vergabe von Psychopharmaka. Diese Maßnahmen können den eigenen Wünschen entsprechen – oder nicht.

Wenn es die eigene Entscheidung ist, sich in psychiatrische Behandlung zu begeben, können je nach Ort, Personal und eigener Persönlichkeit Probleme entstehen: »Falsche« Medikamente, fehlendes Zuhören, einschränkende Regeln auf psychiatrischen Stationen, gesellschaftliche Normierung, Therapeutisierung jeglichen Denkens, Wahrnehmen und Fühlens.

Manche suchen Alternativen zu solchen restriktiven Behandlungsformen. Diese Suche ist ein Teil der Psychiatriekritik. Dahinter verschwindet oft der Teil, in dem es nicht um diejenigen geht, die an der Form der »Hilfe« scheitern, sondern um diejenigen, für die das »Hilfesystem« die Gewalt produziert.

Dann ist psychiatrische Gewalt das Problem, nicht individuelles Leiden an einer zugeschriebene Krise, einem Zustand, Gefühlen oder der eigenen Wahrnehmung. Das Problem heißt Zwangseinweisung, Zwangsmaßnahmen, Zwangsbehandlung, Zwangstherapien und das Verbleiben in einem System, aus dem es nur schwer ein Entkommen gibt.

Wenn das Problem Zwangseinweisung heißt, sind die Kämpfe andere, als wenn individuelle Krisen als Problem definiert werden. Während die einen gegen Geldmangel und Aufenthaltskürzungen im therapeutischen und psychiatrischen Bereich protestieren, müssen andere darum kämpfen, dass das, was ihnen passiert (ist), überhaupt als Gewalt anerkannt wird und psychiatrischer Zugriff eingeschränkt wird.

Um psychiatrischen Zwang für gerechtfertigt zu halten, muss es eine tiefe, gesellschaftliche Überzeugung geben, dass dieser zum Besten der Behandelten ist, zum Besten aller Beteiligten. Viele Menschen sehen sich gerne als die sorgenden Freund_innen, Nachbar_innen oder Kolleg_innen. Niemand sieht sich gerne als eine Person, die Verletzungen von Grundrechten ermöglicht. Daher ist das eigene Handeln eingebettet in sinnstiftende Ideen. »Helfen und Heilen« ist gerade auch für Sozialarbeiter_innen, Pädagog_innen und andere »helfende« Berufe eine starke Motivation.

Doch um die eigene Unantastbarkeit aufrecht zu erhalten, muss eine Trennung zwischen sich und der anderen Person gezogen werden. Die helfende Person steht der als hilfsbedürftig deklarierten Person gegenüber. Damit erfüllt die behandelte Person ein wichtige Funktion: Sie ist zugleich die Abgrenzungsfolie der_des »Verrückten« und Auftrag des sozialpädagogischen Zugriffs.

In diesem Kapitel geht es um verschiedene Formen des psychiatrischen Zugriffs nach oder beim (unfreiwilligen) Erhalt einer Diagnose. Im ersten Teil geht es um den konkret greifbaren Zwang. Im zweiten Abschnitt geht es um biochemische Zugriffe, also durch die Vergabe von Medikamenten. Im letzten Unterpunkt geht es um Zugriffe auf das Selbst, die sich auf den Willen, das Denken und das Wahrnehmen richten, ohne dabei sichtbaren Zwang auszuüben.

Zwangsmaßnahmen und »Zwangsbehandlungen«

In der Psychiatriegeschichte gibt es viele Beispiele von körperlich gewalttätigen Zugriffen auf Patient_innen. Beispielsweise in der Behandlung von Hysterikerinnen: Heiß-Kaltbäder, Klitorisverstümmelungen, Abschnüren von Brüsten, Elektroschocktherapien. (Mehr dazu bei von Braun, 1990)

Diese Behandlungsmethoden werden mittlerweile als Gewalt, als Foltermethoden und nicht mehr als psychiatrische Behandlung definiert. Doch es gibt immer noch massive Formen von körperlicher und nicht-körperlicher Gewalt in der Psychiatrie, die zum großen Teil gesetzlich legitimiert sind. Darunter fällt auch die heute noch verwendete Elektrokrampftherapie. Selbstbestimmungsrechte, das Recht auf Freiheit der Person, auf körperliche und seelische Unversehrtheit, der Anspruch auf Würde – all das wird bei psychiatrischem Zwang bewusst verletzt und ausgehebelt. Daher stützen sich psychiatriekritische Positionen auf das Grundgesetz, die allgemeinen Menschenrechte, die Anti-Folterkonvention und die UN-Behindertenrechtskonvention. Artikel 14 besagt, *»dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt«*. Das gilt auch für Menschen, die psychiatrisch diagnostiziert werden.

Freiheitsentziehung wurde von der UN als diskriminierend und ungesetzlich bezeichnet. 2009 forderte das UN- Hochkommissariat für Menschenrechte die Abschaffung von Gesetzgebungen, welche die Einweisung von be_hinderten Personen gegen ihren Willen erlauben. Diese Konvention wurde in Deutschland ratifiziert, die Gesetzeslage jedoch nicht verändert. (Mehr dazu bei Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. (die-BPE) u. a., 2009)

2015 wurde die Umsetzung dieser Konvention in Deutschland geprüft und ausgiebig debattiert. Da in der offiziellen Übersetzung der UN einige

Formulierungen zu Ungunsten der Betroffenen von Zwang und Gewalt übersetzt wurden – um psychiatrische Gewalt weiterhin in Deutschland rechtlich legitimieren zu können – gibt es einen Schattenbericht. In diesem wird vor allem die Abschwächung von Formulierungen deutlich, welche die Gleichberechtigung und Selbstbestimmung fordern. Auf dieser Ebene wird deutlich: Psychiatrischer Zwang widerspricht grundlegenden Rechten. Dennoch wird er von den Behandelnden für notwendig erklärt.

Grundsätzlich können zwei Formen von Zwang unterschieden werden: Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen. Grundsätzlich sollen Behandlungen dem »Heilungsprozess« dienen, während Zwangsmaßnahmen die Möglichkeit der Durchführung von Behandlungen sichern sollen. Die Trennung ist nicht jederzeit scharf ziehbar, da – nicht nur – für Patient_innen nicht klar unterscheidbar ist, wozu die aktuelle Zwangsmaßnahme dient.

Zwangsmaßnahmen werden in Deutschland von den Bundesländern geregelt. In vielen Bundesländern heißen sie Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG). Zwangsbehandlungen können auch über das Betreuungsgesetz im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) angeordnet werden. Dabei ist eine erwachsene Person einem_r gesetzlichen Betreuer_in unterstellt, die, je nach Einordnung, Entscheidungen auch über medizinische Maßnahmen treffen dürfen. Die dritte Möglichkeit ist die der Sicherheitsverwahrung im Maßregelvollzug (Forensik). In manchen Bundesländern ist dies direkt im PsychKG mitgeregelt.

All diese Gesetze dienen dazu, das Grundgesetz auszuhebeln. So kritisieren psychiatriekritische Gruppen immer wieder, dass die Würde des Menschen unantastbar sei – dies aber bei Zwangsbehandlungen, Fixierungen und Entmündigungen nicht mehr gegeben ist. Im immer noch gültigen »Hessischen Gesetz über die Entziehung der Freiheit geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- oder alkoholsüchtiger

Personen« von 1952 werden beispielsweise diese Einschränkungen explizit benannt: »In dem in diesem Gesetz bezeichneten Umfange werden die Grundrechte der Freiheit der Person, der körperlichen Unversehrtheit und der Unverletzlichkeit des Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnisses […] eingeschränkt.« (§ 33, HFEG)

Hier wird deutlich, wie weit die Eingriffe reichen: Die Freiheit wird entzogen, die körperliche Unversehrtheit nicht mehr garantiert und Briefe können geöffnet werden. Briefe an den_die Rechtsanwältin dürfen jedoch nicht zurückgehalten werden. Daher kann es wichtig sein, zwangsuntergebrachten Personen schnell einen Rechtsbeistand zu besorgen, da mit diesem – zumindest rechtlich – die Kommunikation möglich ist.

Zwangseinweisung

Die Gesetze zur Freiheitsentziehung regeln Unterbringung, Behandlungen und direkte Zwangsmaßnahmen. Die Definition des Gesundheitszustands der Personen obliegt Psychiater_innen, Ärzt_innen und Psycholog_innen. Die meisten »Unterbringungen«, also Zwangseinweisungen, betreffen Menschen, die mit Schizophrenie diagnostiziert werden. Jedes der Gesetze argumentiert mit »Schutz«, »Hilfe« oder »fürsorglicher Aufnahme«. Im medizinischen Denken ergibt diese Wortwahl Sinn. Psychiater_innen sind davon überzeugt, dass es die Krankheiten, die sie diagnostizieren, wirklich gibt, dass sie »wahr« sind. Teil der Diagnose Schizophrenie ist es zum Beispiel, dass einer Person abgesprochen wird, die Realität erkennen zu können. Demnach kann einer Person, die mit einer Diagnose aus dem Bereich Psychosen belegt wird, abgesprochen werden, dass sie entscheiden kann, welche »Hilfen« sie braucht. Die Definitionshoheit wird ins ärztliche Außen verlagert. Unterstützend wird dies vom Gericht legitimiert und polizeilich durchgesetzt.

Ein weiterer, wenn auch nicht gleich häufiger Grund für Zwangseinweisungen sind Suizidabsichten. Dies ist für viele oft ein

gedanklicher und ethischer Aufhänger, dabei verschwinden die Menschen, denen ihre Wahrnehmung abgesprochen wird (z.B. durch die Diagnose Schizophrenie), schnell aus dem Blickfeld. Suizid ist endgültig, und für einige Menschen haben dahingehend geäußerte Absichten etwas Bedrohliches. Also wird mit Zwang reagiert, um die Person zu ihrem »eigenen Besten« zu »schützen«. Manche äußern sich im Nachhinein froh darüber. Für manche ist das der Beginn von Gewalterfahrungen in der Psychiatrie.

Von der Logik her wird letztlich mit Gewalt verhindert, dass eine Person sich selbst Gewalt zufügt. Das wirft menschenrechtliche Fragen auf. Wer darf anderen Menschen Gewalt zufügen? Was ist, wenn Betroffene die »Fürsorge« der Professionellen als Folter erleben? Die für krank erklärten Personen werden entmündigt, ihr Wille wird dem Willen der Behandelnden untergeordnet bis hin zur kompletten Negierung.

Auf der rechtlichen Ebene wird im Rahmen der Gesetze für »Psychisch Kranke« »Selbstgefährdung« gleichgesetzt mit »Fremdgefährdung«, obwohl es zum Schutze anderer Personen bereits Gesetze gibt. Doch Gesetze gegen »Psychisch Kranke« sollen präventiv wirken, das heißt, Handlungen sollen vor ihrer Tat verhindert werden. Damit bleibt aber immer offen, ob diese angenommenen Handlungen tatsächlich stattfinden würden.

Eine Unterbringung gegen den eigenen Willen kann in geschlossenen Heimen und auf psychiatrischen Stationen erfolgen. Personen können, je nach Bundesland, 24–72 Stunden gegen ihren Willen festgehalten werden. Dann muss ein richterlicher Beschluss erfolgen. Die antragsstellende Behörde ist in vielen Bundesländern der Sozialpsychiatrische Dienst. Dieser holt das Gutachten eine_s Psychiater_in ein. Laut Gesetz gibt es das Recht auf eine persönliche, richterliche Anhörung, auf eine_n Pflichtverteidiger_in und das Recht auf Widerspruch.

Während es in Strafverfahren die Verordnung gibt, dass Befragte nicht unter Drogen stehen dürfen, gilt dies für die genannten Anhörungen nicht. In den Stunden ohne Beschluss werden schon Maßnahmen durchgeführt, die den Willen der zwangsuntergebrachten Person brechen sollen. Wenn die Anhörung, wie in der Praxis üblich, auf der Station durchgeführt wird, ist das eine Situation, aus der es für die Betroffenen kaum ein Entkommen gibt. Die Richter_innen orientieren sich an den Gutachten der Psychiater_innen, nicht an der Anhörung. Es ist zwecklos in einer Anhörung zu erklären, dass es nicht dem eigenen Willen entspricht, zwangseingewiesen zu werden, wenn es ein Gutachten gibt, das diesen Willen auf Grund einer »psychischen Krankheit« für irrelevant erklärt. Die eingesperrte Person erklärt ihren Willen, nicht eingesperrt zu werden. Die begutachtende Person erklärt ebenso wie die einweisende Behörde ihren Willen, die Person einzusperren. Der_die Richter_in entscheidet dann über diese Willensbekundungen – und das fast niemals zugunsten des Willens der Betroffenen.

Fixierungen

Zwangsuntergebracht in der Psychiatrie können dort weitere Maßnahmen angeordnet werden, auch hier unterscheiden sich die Ländergesetze. Im »Sächsischen Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten« von 2014 werden diese Eingriffe unter dem Paragraph »Sicherungsmaßnahmen« gefasst. Dort wird u. a. ausgeführt, dass diese auch angewendet werden dürfen, wenn sie »zur Vermeidung oder Beseitigung einer erheblichen Störung der Sicherheit oder Ordnung des Krankenhauses unerlässlich sind.« (§31, SächsPsychKG) Darunter fallen beispielsweise Fesselungen, körperliche oder pharmakologische Fixierung, also das Ruhigstellen und Bewegungs- und Protestunfähigmachen durch medizinische Drogen. Eine Störung der Ordnung des Krankenhauses kann sich bereits durch Schreien, Herumlaufen oder andere Verhaltensweisen

zeigen, die weder gegen sich selbst noch gegen andere Personen gerichtet sind. Dies deckt sich mit den Erfahrungen von Psychiatrisierten, die ohne Grund gefesselt wurden.

Immer wieder gibt es Medienberichte über Menschen, die tagelang fixiert, d. h. mit Armen und Beinen an ein Bett gefesselt waren und nicht auf die Toilette gelassen wurden. Solche Berichte kommen immer dann in die Zeitung, wenn es Angehörige oder ein Umfeld gibt, das der betreffenden Person zuhört und Öffentlichkeit schaffen kann. Aus einer Studie der Universität Siegen wird deutlich, das Zwangseinweisungen besonders Alte, Wohnungslose und allein lebende Menschen treffen – also Menschen, die oft nicht in ein soziales Netz eingebettet sind. (Regus, 2005) Auch das macht es schwierig, über Missstände zu berichten. Wenn Menschen für »verrückt« erklärt werden, ist es unwahrscheinlich, dass ihren Berichten über körperliche Gewalt und menschenunwürdige Bedingungen Glauben geschenkt wird. Die Gegenseite argumentiert dann immer damit, den Betreffenden helfen zu wollen – und gar keine Gegenseite zu sein.

Neben der mechanischen Fixierung gibt es auch eine medikamentöse Fixierung. Dabei werden die Patient_innen zwangsmedikamentisiert und dadurch ruhiggestellt. Hier dient die Vergabe von Psychopharmaka demselben Zweck wie die Fesselung: der Aufrechterhaltung der geltenden Ordnung.

Die Ordnung in der Psychiatrie ist hierarchisch geprägt: An der Spitze stehen Psychiater_innen, darunter kommen Psycholog_innen, dann das Pflegepersonal – und zuletzt die Patient_innen. In dieser Hierarchie werden Entscheidungen getroffen, die sich nur scheinbar an den Bedürfnissen der Patient_innen orientieren: Sowohl Architektur als auch Lebensgestaltungsmöglichkeiten bieten kaum Privatsphäre. Die Ordnung ist geprägt von kapitalistischen Kriterien und im Rahmen dessen von den Bedürfnissen der Arbeitenden: Ruhe und eine Struktur, die gut zu

überwachen und zu kontrollieren ist. Gerade überarbeitetes Personal neigt zu mehr Gewaltausübung. Ordnung heißt darüber hinaus, dass sämtliche Stationsabläufe reibungslos durchgeführt werden können, so auch vorgeschriebene Therapien. Mechanische Fixierungen werden also auch genutzt, um die Durchführung von Medikamentisierung zu gewährleisten. Auch hier wird Zwang und Gewalt angewendet, um Drogen mit weitreichenden (Neben)wirkungen zu verabreichen, gegen den expliziten Willen der Betroffenen. Der Wille wird als nicht zulässig, als nicht wahr betrachtet. Durch die Krankerklärung wird die Entscheidung in die Hände der_des Ärzt_in gelegt. In manchen Bundesländern unterliegt die zwangsweise Vergabe von Psychopharmaka einem expliziten gerichtlichen Beschluss, in anderen nicht. Oft ist sie Teil der Anordnung der Zwangsunterbringung – eine juristische Grundlage gibt es hierfür überall, selbst wenn es sie nach internationalem Recht nicht geben dürfte.

Zwangsbehandlung

Zu Zwangsbehandlungen gehören beispielsweise Zwangsernährung, Zwangsmedikation und Zwangsgespräche. Zwangstherapien umfassen alle Therapien, die nicht selbst gewählt sind. Dazu können Therapien zählen, die auf geschlossenen Stationen, in der Forensik oder aber auch unter Auflagen ambulant erfolgen. So zum Beispiel Gesprächstherapien als Auflage, um einem Gefängnisaufenthalt zu entgehen, oder Gesprächstherapien, denen sich trans Personen unterziehen müssen, um den Personenstand ändern zu können oder Hormone oder Operationen bezahlt zu bekommen.

Letztendlich dient jede Form von Zwang der Sicherheit und dem Wohlbefinden der Behandelnden. Suizidgedanken sollen ebenso wenig ausgehalten werden wie Zustände der Verwirrung. Es sind Maßnahmen, die die Ordnung einer medizinierten Gesellschaft aufrechterhalten. Doch das

Wissen und die Entscheidungsmacht haben diejenigen, die dieses Wissen selbst produzieren.

In den 70er Jahren gab es in der Bundesrepublik Deutschland einen Bericht über die Lage der Psychiatrie. Erstmals beschäftigte sich die Bundesrepublik mit ihrer Geschichte. Schon im Zwischenbericht wurden die menschenunwürdigen Bedingungen in psychiatrischen Einrichtungen scharf kritisiert. Die sogenannte Psychiatrie-Enquête stellte eine Reihe von Forderungen auf, darunter Umstrukturierungen, »Gemeindenahe Versorgung«, »Getrennte Versorgung für psychisch Kranke und geistig behinderten Menschen« und die »Gleichstellung somatischer und psychischer Kranker«. (Deutscher Bundestag, 1975) Für viele war das die erfolgreiche Umstrukturierung der Psychiatrie. Vieles wurde anders: Die Gleichsetzung mit »körperlichen Krankheiten« und die Förderung des ambulanten Zugriffs sind heute weitgehend umgesetzt. Es wurden die sogenannten »Sozialpsychiatrischen Dienste« eingerichtet, die Menschen nun auch in ihrer Wohnung psychiatrisch »versorgen« können. Kritiker_innen sind der Ansicht, dass dies zu einer Ausweitung der psychiatrischen Macht geführt hat. Seit einigen Jahren gibt es zusätzlich Bestrebungen, durch die Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen deren Erfahrungswissen für die Psychiatrie nutzbar zu machen. Dabei besteht die Gefahr der Vereinnahmung, die Hoheit der Psychiater_innen als Wahrheitssprecher_innen bleibt unangetastet. Auf Grund dieser Stellung in der Gesellschaft funktionieren vielen Praxen der Psychiatrie heute auch ohne direkten Zwang. Die meisten Psychopharmaka werden nicht zwangsweise gespritzt, sondern verschrieben und weitestgehend freiwillig eingenommen.

Biochemische Zugriffe

Psychopharmaka sind oft das erste und manchmal auch einzige Mittel, mit dem eine »Heilung« hergestellt werden soll. Sie haben das Ziel, auf die Biochemie des Menschen einzuwirken. Biochemie heißt die Chemie von Lebewesen: Wie der Stoffwechsel funktioniert, welche Stoffe sich wie verändern und was diese bewirken, wie Zellen miteinander interagieren. Es soll also die Chemie des Körpers verändert werden, Nerventätigkeiten gefördert oder gehemmt werden. Sie nehmen Einfluss auf die Verarbeitung von Informationen, auf Assoziationen und die Speicherung von Erfahrung, auf die Stimmung, auf das Fühlen sowie auf das Sozialverhalten.

Psychopharmaka sind dem Wortlaut nach »Arzneimittel für die Seele«. Schon Ende des 19 Jahrhunderts gab es erste Vorläufer, doch erst seit Mitte des 20. Jahrhunderts begann die Bedeutung heutiger Psychopharmaka durch den Einsatz von Lithium, einem Alkalimetall. Es finden sich von Behandler_innenseite wenige Studien zu Wirkungen wie Lethargie, Entemotionalisierung, verminderte Kreativität, Verwirrung und Bewusstseinsstörungen. Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Wirkungen von eingesetzten Medikamenten findet kaum statt.

Je nach Perspektive wird heute zwischen unterschiedlichen Medikamentengruppen entschieden: Tranquilizer zur Beruhigung, Antidepressiva gegen Schwermut und Neuroleptika bei Angst, Erregungszuständen, Aggressivität und um die Wahrnehmung zu verändern. Die Grenzen der Wirkungsgruppen sind nicht klar, da es viele Überschneidungen gib. Folgeschäden wie beispielswiese Abhängigkeiten, Schäden an Organen, Lebenszeitverkürzungen und Veränderungen der Persönlichkeit werden in Kauf genommen. (Mehr dazu in Lehmann, 1996)

In der Psychiatrie wird eingeteilt zwischen erwünschten und unerwünschten Wirkungen. Dabei werden, je nach Medikament, die erwünschten Wirkungen in den Fokus gerückt: Steigerung der Konzentrationsfähigkeit, beruhigend, aufputschend, müde machen, wach

machen. Die unerwünschten Wirkungen sind das, was im Beipackzettel unter der langen Liste der »Nebenwirkungen« vermerkt ist. Aus einer psychiatriekritischen Perspektive ist diese Trennung in Frage zu stellen. Denn so bleibt nur ein Blickwinkel sichtbar, der nur bestimmte Wirkungen in den Fokus rückt, andere jedoch vernachlässigt. Je nach Betrachtung kann eine Bewusstseinsveränderung als positiv oder als negativ erlebt werden. Durch die Einordnung als Nebenwirkung werden viele Folgen der Medikamente relativiert und verharmlost.

Auch unter Psychiater_innen sind der Einsatz und die Sinnhaftigkeit von Psychopharmaka umstritten, dennoch werden diese in hohen Mengen weiter eingesetzt. Bekannt ist der Effekt, dass die sogenannten Symptome, gegen die die Mittel verabreicht werden, nach dem Absetzen viel stärker sind. Für diese Folge wird die Schuld den Psychiatrisierten zugeschoben, die ihre psychotropen Substanzen nicht wie ärztlich geplant weiternehmen. Begleitetes Absetzen von Psychopharmaka wird dadurch erschwert, dass bei vielen für »psychisch krank« erklärten Menschen Medikamente für unabdingbar gehalten werden.

Ebenso wie die Suche nach der »richtigen« Diagnose gibt es die Suche nach dem »richtigen« Medikament. Ein Heilsversprechen wird gemacht. Handlungsfähig sind nur diejenigen, welche die Medikamente verschreiben dürfen. Das kann zu einer jahrelangen Odyssee führen.

Das heißt nicht, dass nicht manche Menschen Psychopharmaka als sinnvoll empfinden können. Eine hilfreiche Perspektive ist dabei die Betrachtung von Psychopharmaka als psychotrope Substanzen, also als Mittel, die sich auf die Psyche auswirken. Ein anderer Begriff dafür ist Droge. Mit dieser Betrachtung wird auch die Stigmatisierung von Nutzer_innen psychotroper Substanzen verringert. In der Regel läuft die Trennung von Drogen und Psychopharmaka anhand der Einteilung in legal

– illegal. Diese Grenzziehung besagt aber nichts über die Gefährlichkeit der Substanzen.

Die Einnahme von bewusstseinsverändernden Mitteln wird gesellschaftlich kontrolliert. Dabei wird Wert auf die sogenannte medizinische, oder genauer, psychiatrische Indikation gelegt. Damit wird den Benutzer_innen wieder Entscheidungsfreiheit abgesprochen. So kann ein und dieselbe Substanz wie zum Beispiel Ritalin auf Rezept als Medikament, ohne Rezept als Droge eingeordnet werden.

Es wird davon ausgegangen, dass Menschen nicht selbst entscheiden können, welche Mittel sie nutzen wollen. Dabei bietet genau diese Betrachtungsweise emanzipatorisches Potential und eine widerständige Perspektive: Selbstbestimmte Nutzung von psychotropen Substanzen. In einer emanzipatorischen Drogenpolitik spielt die Perspektive und das Wissen der Nutzer_innen eine entscheidende Rolle. So kann auch die Entscheidung für Psychopharmaka bewusst gewählt sein, ebenso wie die Entscheidung für illegalisierte Drogen.

Um Selbstbestimmung gewährleisten zu können, sind Informationen über alle Kurz- und Langzeitwirkungen notwendig, individuell erwünschte wie unerwünschte. Oft finden sich weitaus mehr Informationen im Internet und bei Beratungsstellen über sämtliche Wirkungen von illegalisierten Drogen, als das Wissen über Wirkungsweisen von legalen Psychopharmaka. Wer Psychiater_innen nach der genauen Funktionsweise eines Medikaments fragt, bekommt entweder gar keine Antwort oder diese muss erst recherchiert werden. Erst durch die konkrete Nachfrage wird deutlich, dass das beanspruchte allumfassende Wissen der Behandelnden mehr als unzulänglich ist.

Während Zwangseinweisungen und -maßnahmen direkte, körperlich greifbare Gewalt ausüben, greifen Psychopharmaka ein in das Denken und Fühlen. Die chemischen Wirkungen können nicht isoliert betrachtet werden

von den Versprechungen, die sie begleiten: Teilhabe am normalen gesellschaftlichen Leben. Dabei werden die Strukturen dieser Gesellschaft jedoch ausgeklammert. Unsichtbar wird, dass beispielsweise ein Leben mit HartzIV gesellschaftliche Teilhabe niemals ermöglicht – egal wie das jeweilige Psychopharmakon wirkt.

Psychopharmaka sind ein Teil des psychiatrischen Zugriffs auf für krank erklärte Menschen, durch den ein gesellschaftlicher Normalzustand aufrechterhalten wird. Nicht nur mit Fesselungen und anderen Zwangsmaßnahmen, sondern auch durch eine biochemische Anpassung auf einen unerreichbaren, als gesund vorgestellten Normmenschen. Gleichzeitig verschwinden gesellschaftliche Machtverhältnisse hinter dem Heilsversprechen von psychotropen Substanzen auf Rezept. (Mehr dazu bei Balz, Bräunling & Walther, 2002) Diese Form des psychiatrischen Zugriffs wird immer weiter ausgeweitet und durch die Berufung auf Biochemie der Kritik entzogen – denn Biologie wird in unserer Gesellschaft immer noch als unabhängig von Strukturen, Diskriminierung und Gewalt betrachtet.

Therapeutische Zugriffe

Wie auch bei Zwangsmaßnahmen oder der Verabreichung von psychotropen Substanzen besteht auch bei psychotherapeutischen Zugriffen die Motivation der Behandelnden darin, zu »helfen und zu heilen«. Es ist die innere Überzeugung und der feste Glaube daran, dass die eigenen Praktiken für die Betroffenen das Beste darstellen. Das ist auch bei Therapien so, in denen der psychiatrische Zugriff durch Sprechen erfolgt. Dies kann in einem psychoanalytischen, in einem tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen, gesprächstherapeutischen oder einem anderen Setting erfolgen. Viele erleben die Therapien als angenehm, unterstützend oder sogar ermächtigend, da es Orte sind, an denen die eignen Gefühle und

Schwierigkeiten mit der Welt Platz finden. Therapien sind etwas sehr Persönliches, Individuelles. Kritik daran zieht somit auch persönliche, individuelle Verletzungen nach sich – selbst wenn sie sich auf das durchtherapeutisierte System unserer Gesellschaft richtet, welches die Psyche der Menschen diszipliniert und normiert. Doch wenn Befindlichkeiten verletzt werden, fühlen Menschen sich in ihrem Schmerz und ihren eigenen Kämpfen nicht gesehen. Diese Seiten sollen als Anregungen dienen, den therapeutischen Zugriff auf Menschen kritisch zu betrachten und zu hinterfragen.

Aus einer feministisch-psychiatriekritischen Perspektive ist es wichtig zu schauen, wie an der therapeutischen Stelle ein psychiatrischer Zugriff erfolgt. Es ist ein ganz feiner Machtmechanismus, der nur schwer greifbar ist. Bei guten Gesprächen und Unterstützung kann gesellschaftliche Normierung auch unbemerkt geschehen. Therapien beginnen zumeist mit einer Anamnese, das heißt, die Geschichte der Patient_innen wird erfasst – mündlich oder über Fragebögen. Daraus entsteht in der Folge ein Gutachten, das für die Kostenübernahme eingereicht wird.

Die Fragen sind fast immer von normativen Vorstellungen über die ideale Familie und heteronormative Grundstrukturen geprägt. Bei der Abfrage des Geschlechtes gibt es – wie so oft – nur zwei Optionen. Es wird davon ausgegangen, dass es eine_n (Ehe)Partner_in gibt, auf die_den sich das ganze Leben lang bezogen wird; ebenso wird davon ausgegangen, bei Vater und Mutter aufgewachsen zu sein. Alles andere ist eine Abweichung und kann zur Begründung der Krankheit dienen. Das muss nicht geschehen, die Interpretation der Therapeut_innen ist offen. Doch die Normierung geschieht schon in der Fragestellung: Wonach wird gefragt, und wonach wird nicht gefragt? Doch gerade diese Leerstellen sind die Orte, wo Menschen sich bewegen, deren Leben nicht in eine heteronormative Kleinfamilienwelt passen.

In einem ambulanten therapeutischen Setting erfolgen diese Abfragen meist in einem Raum, für den sich eine_r freiwillig entschieden hat. Es gilt für Therapien mit Erwachsenen heutzutage das Prinzip der Freiwilligkeit. Idealerweise soll eine Person sich bewusst für eine Therapie bei einer selbst ausgewählten Therapeut_in entscheiden. Dies bildet für viele Therapeut_innen die Grundlage ihrer Arbeit. Ein Grund dafür, sich selbst eine Therapie zu suchen, ist anzuerkennen, dass es ein Problem gibt, das mit einer_m selbst zu tun hat. Da wir in einer psychologisierten Gesellschaft leben, bekommt dieses Problem – alleine für die Finanzierung! – einen diagnostischen Namen. Dieses Argument des Sachzwangs wird auch von Therapeut_innen angeführt, die sich selbst als diagnosekritisch bezeichnen würden. Doch so zu tun, als würde die Verschriftlichung von Vorstellungen über eine andere Person keine Folgen haben, unterschätzt die Bedeutung von Bezeichnung und dem Akt, andere zu bezeichnen. Auch wenn dies ungern gemacht wird, hat es Auswirkungen auf das Bild der Therapeut_innen von der jeweiligen Person und damit auch auf die Interaktion.

Eine, manchmal undeutliche, Grenze der Freiwilligkeit kann dabei der jeweilige Zustand der Therapiesuchenden sein. In einer schweren Krise ist es für viele keine Option, erst zehn verschiedene Therapeut_innen durchzuprobieren. Die persönliche Suche nach Unterstützung kann somit zu einer Abhängigkeit von den Therapeut_innen führen – und damit auch von ihren Methoden und Bedingungen. Immer wieder werden Therapien an Bedingungen wie Anti-Suizidverträge, Anti-Selbstverletzungsvereinbarungen und Zustimmung zu Filmaufnahmen gekoppelt. Eine andere Grenze ergibt sich durch materielle Grenzen: von den Krankenkassen verordnete zweijährige Therapiepausen, die einen Wechsel der Therapieform nötig machen, lange Wartezeiten, die die Therapeut_innenwahl verringern sowie feste Zuordnungen in stationären

Settings. Dabei werden dann auch Therapierende in Kauf genommen, welche die eigenen Wünsche und Vorstellungen nicht respektieren, sich rassistisch oder antisemitisch äußern oder Homosexualität für eine Krankheit halten.

Eine besonders deutliche Grenze der Freiwilligkeit zeigt sich in Zwangssettings, beispielsweise bei Zwangsunterbringung oder Therapie als strafrechtliche Auflage. Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist es oft so, dass von außen der Wunsch nach Therapie besteht – dieser muss nicht unbedingt den eigenen Bedürfnissen entsprechen. Ebenso wie bei Kindern und Jugendlichen wird in geschlossenen Einrichtungen oder in anderen Zwangskontexten in Therapien darauf hingewirkt, dass bei den Betroffenen eine Krankheitseinsicht entsteht – und somit die Therapie »freiwillig« fortgeführt werden kann.

Doch auch in selbstgewählten Settings kann es zu Normierungen kommen, die, ähnlich wie bei den Anti-Suizidverträgen, an bestimmte Nicht-Verhaltensweisen gekoppelt sind. Es gibt eine Reihe von unerwünschten Verhaltensweisen, die auch auf offenen Stationen reglementiert werden können, wie zum Beispiel Aufenthaltszeiten, Zwangsteilnahme an bestimmten Gruppen, Verbot von Selbstverletzung, Verbote von bestimmten Gesprächsthemen – die Liste kann lang sein und unterscheidet sich von Klinik zu Klinik, von Therapie zu Therapie.

In Verhaltenstherapeutischen Settings wird beispielsweise jedes negativ einsortierte Verhalten versucht zu reduzieren und positives bestärkt und optimiert. Mit Arbeitsblättern kann zur Gefühlsregulierung gearbeitet werden (zum Beispiel mit Gefühlsprotokollen), Problemverhalten analysiert (mit Verhaltensanalysen) und Ängste (klassische Konfrontationsmethoden) bekämpft werden. Entweder wird dabei mit den Wünschen der Behandelten gearbeitet oder es entstehen Problemhierarchien, in denen der_die

Therapeut_in definiert, welches Verhalten oder Empfinden dringender behandelt werden muss.

Um diese Prozesse greifbarer zu machen, stelle ich im Folgenden ein Arbeitsblatt aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie vor. Dieses richtet sich an Borderline-Diagnostizierte und betrifft damit vor allem Frauen. Es wird von einer Störung der zwischenmenschlichen Beziehungen ausgegangen. So gibt es beispielweise im Kapitel »Zwischenmenschliche Fertigkeiten« ein Arbeitsblatt zum Thema »Nein-Sagen«. Hier geht es zum Beispiel um den richtigen Zeitpunkt (»Ist jetzt ein ungünstiger Zeitpunkt, nein zu sagen?«), die Angemessenheit, die gegenseitigen Rechte (»Bin ich verpflichtet, der Person zu geben, was sie möchte?«, »Hat die Person Macht über mich?«) bzw. Pflichten (»Bin ich der Person einen Gefallen schuldig?«, »Tut sie viel für mich?«). (Wolf & Bohus, 2006) In diesem Arbeitsblatt wird die Geschlechterinkompetenz dieses Konzeptes deutlich. Therapeutische Ansätze richten sich an einzelne Personen, die nach Störungskategorien sortiert werden. Dabei werden gesellschaftliche Verhältnisse vernachlässigt. Gerade Frauen wird in unserer Gesellschaft beigebracht, dass sie nicht das Recht haben, Nein zu sagen. Immer wieder wird die Angemessenheit eines Neins in Frage gestellt, sei es auf der Arbeit, bei sexistischen Sprüchen oder sexualisierten Übergriffen. Durch die patriarchalen Strukturen der Gesellschaft befinden sich Frauen oft in Abhängigkeiten, gerade von Männern. Das heißt, dort gehört das Gefühl, einen Gefallen schuldig zu sein, zum Alltag. Mädchen lernen höflich zu sein, nett zu lächeln und nicht zu widersprechen. Sicherlich hat sich das in den letzten Jahrzehnten durch feministische Kämpfe deutlich verbessert – dennoch wirkt diese Sozialisation weiter fort, schreibt sich in Körper und Leben von Frauen, Mädchen und vielen trans Personen ein.

Gerade das Recht, auch in Abhängigkeitsverhältnissen Nein sagen zu dürfen, ist Teil feministischer Forderungen und Auseinandersetzungen –

und wird hier therapeutisch auf den Prüfstand gestellt. Das Arbeitsblatt ist ein Beispiel für die Perspektive, die durch einen diagnostischen Blick entsteht, und es zeigt, wie gesellschaftliche Strukturen außen vor bleiben. Der Blick richtet sich auf das Innere der diagnostizierten Person, selbst wenn sie systemisch im Umfeld von beispielsweise Familie gedacht wird. Das Ziel von Veränderungen ist das Innere, nicht die Gesellschaft.

Ein Aspekt, der besonders in der Verhaltenstherapie greifbar wird, aber für alle Therapien gilt, ist die Selbstüberwachung. Esstagebücher, Gefühlsprotokolle, Verhaltensanalysen, Selbstdokumentationen von Verhalten, Ängsten und Zwängen führen dazu, dass eine_r selbst mit einem diagnostischen Blick auf das eigene Verhalten blickt. Den Fokus auf Verhaltenstherapie habe ich deshalb gelegt, weil er hier am leichtesten greifbar ist. Therapien, die weniger auf Verhalten ausgerichtet sind, fokussieren mehr auf Geständnisse: Gestehe, wer du bist! Gestehe, mit wem du schläfst! Gestehe, dass du krank bist, dass du dies und jenes erfahren, diese und jene Gewalt erlebt hast.

In tiefenpsychologischen Gesprächen oder in der Analyse wird der Blick auf gedankliche Bewegung und Empfindungen gerichtet. Dabei liegt das Ziel noch weniger auf dem Verhalten, sondern auf einer Beobachtung innerer Bewegungen. Diese Bewegungen werden durch Beobachtung verändert, durch einen analysierenden Blick, der auf Abweichungen hin kontrollierend wirkt. Dabei wird oft vernachlässigt, dass Emotionen und Empfindungen nicht einfach im Nichts existieren, sondern von der Gesellschaft geprägt werden, in der wir leben – unter anderem auch durch therapeutische Blicke und die Durchpsychologisierung der Gesellschaft.

Selbstbeobachtung kann auch als *Empowerment* empfunden werden, als Moment, sich selbst besser in der eigenen Existenz in dieser Welt zu verstehen. Doch Therapie als positives, unterstützendes Moment setzt viel voraus. Ein Aspekt ist, nicht in größter Not mit Therapeut_innen

konfrontiert zu sein, sondern auch die Option zu haben, wieder zu gehen. Es gibt viele problematische Therapeut_innen. Immer wieder machen Lesben, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, die Erfahrung, dass ihr sexuelles Begehren auf Gewalt zurückgeführt wird. Für trans Personen kann die Suche nach Therapeut_innen zum Spießrutenlauf werden, insbesondere bis eine gefunden ist, für die trans ein Aspekt des Selbst ist und nicht der alleinige Fokus therapeutischer Interventionen – schlimmstenfalls noch mit Bekehrungsabsichten. Es hängt von Zufall und Glück ab, welche Therapeut_innen kennengelernt werden, gleichzeitig wird durch die Relativierung, dass jede Therapeut_in anders arbeitet, gesellschaftsanalytische Kritik erschwert.

Die Gesellschaft ist versessen auf Konformität und gleichzeitig völlig fokussiert aufs Individuum. Das Ich muss gestaltet werden, gesellschaftlich und individuell. Pathologisierung, Medikamente, Therapeutisierung – all das bietet Zugriff auf Identitätsgestaltung. Damit reichen psychiatrische Zugriffe bis tief ins Selbst hinein und strukturieren Gesellschaft auf eine sehr subtile Weise: scheinbar individuell, scheinbar persönlich, scheinbar selbstbestimmt. All das trägt dazu bei, dass Widerstand gegen Ausbeutung, Diskriminierung und Unterordnung erschwert wird.

Patriarchale Verhältnisse

Feministische Psychiatriekritik bedeutet nicht nur, sich mit der Institution Psychiatrie auseinanderzusetzen, sondern auch mit geschlechtsspezifischer Gewalt und der Frage, wie diese mit psychiatrischer Gewalt zusammenwirkt. Vieles davon betrifft Frauen, manches insbesondere trans Frauen, einiges nicht-binäre trans Personen und das meiste auf unterschiedliche Art und Weise letztendlich alle Geschlechter. Dabei spielt es eine wichtige Rolle, ob bzw. wie auch Feminst_innen Ansätze der Psychiatrie unhinterfragt übernehmen und dadurch selbst Gewalt ausüben. Statt sich mit Situationen und Machtstrukturen auseinander zu setzen, liegt der Fokus auf der individuellen Person mit ihren individuellen, emotionalen Reaktionen. Dabei werden Wahrnehmung und Denken nicht eingebettet in die Prozesse, in denen sie hergestellt werden. Statt das Private politisch zu machen, wird das Politische privat. So wird das Sprechen über sexualisierte Gewalt in Psychotherapien ausgelagert, Reaktionen auf Diskriminierung werden pathologisiert. Im Folgenden geht es spezifischer um die Pathologisierung von Gewalt und Diskriminierungserfahrungen.

Rape Culture

In dieser Gesellschaft ist Gewalt, die sich spezifisch gegen Frauen richtet, Alltag. Sie hat Folgen für Menschen aller Geschlechter, denn sie durchzieht alle Lebensbereiche und verweist Menschen auf ihre zugewiesenen Rollen und Verhaltensweisen. Feminist_innen weisen seit Jahrzehnten darauf hin, wie sexualisierte Gewalt – und besonders die Angst davor – den Alltag prägt. So hat eine europaweite Studie (Agentur der Europäischen Union für

Grundrechte, 2014) festgestellt, dass jede dritte Frau mindestens einmal belästigt wurde. Von Feminist_innen wird dies unter dem Begriff *Rape Culture* (Sanyal, 2016) verhandelt, also eine Kultur meint, in der sexualisierte Gewalt, Belästigung und die stete Angst vor Verletzung alltäglich ist. Sexuelle Belästigungen wie Angefasst werden, Pfiffe, sexualisierte Kommentare über Kleidung und Körper, frauenfeindliche Witze in Schule, Ausbildung und Universität – all das ist alltäglich und hat jede Frau in der einen oder anderen Form schon erlebt. Sexualisierte Gewalt findet meistens im nahen Umfeld statt, (Ex-)Freunde, Freunde von Freund_innen, Brüder, (Groß)Väter oder Onkel sind die häufigsten Täter. Dabei findet die Gewalt zu einem großen Teil in geschlossenen Räumen statt, oft in der eigenen Wohnung. (Bundesministerium, 2004)

Dennoch lernen viele Mädchen von klein auf Angst, vor fremden Menschen zu haben. Die Angst vor dem Auto mit dem Fremden Mann, das an der Ecke wartet, ist tief eingepflanzt. Später erstrecken sich die Warnungen dann auf den Heimweg durch den Park. Die Angst wird zum Teil des täglichen Lebens: der entscheidendste Punkt der *Rape Culture* in unserer Gesellschaft. Dadurch werden Bewegungsräume von Frauen und Mädchen eingeschränkt, die Öffentlichkeit wird gemieden – während gleichzeitig Gewalt im Privaten stattfindet. Die Täter werden als Fremde imaginiert, als die unkontrollierbare Bedrohung von außen, als nicht-weiße Männer, die schönen hetero Frauen nachts im Park auflauern.

In diesen Vergewaltigungsmythen stecken viele patriarchale Ideen: Diejenigen, gegen die Gewalt ausgeübt wird, sind schön, heterosexuell, weiß, nicht-behindert. Das ist sexualisierte Gewalt aus einer männlich-patriarchalen Perspektive aus betrachtet. Eine Perspektive, in der Gewalt etwas mit Sexualität und Attraktivität zu tun hat. Doch Sexualität dient als Mittel der Gewalt. Gerade Frauen mit Be_hinderungen erleben deutlich öfter sexualisierte Gewalt als Frauen ohne Be_hinderung. Die Vorstellungen

von sexualisierter Gewalt sind geprägt von Klassenfragen und rassistischen Strukturen. Angela Davis weist in ihrer Schrift »Rassismus und Sexismus« darauf hin, dass Gesetze gegen Vergewaltigung dazu dienten, Frauen und Töchter von Männern aus der Oberklasse vor Angriffen zu schützen – und damit letztlich dem Schutz der Männer vor sozialen Skandalen. »Was mit den Frauen aus der Arbeiterklasse geschah, war gewöhnlich für die Gerichte von wenig Belang. Eine Folge davon ist, dass bemerkenswert wenig weiße Männer wegen sexueller Gewalt, die sie an diesen Frauen verübten, belangt wurden.« (Davis, 1982)

Die Bedrohung durch den rassifizierten Fremden ist damit verknüpft, dass Frauen als kostbares Eigentum weißer Männer gedacht werden und nicht als handelnde Wesen. Die Vergewaltigung wird zu einem singulären Ereignis, das das Leben einer Frau völlig zerstört. Sichtbar wird diese Vorstellung zum Beispiel in den Medien, die vergewaltigte Frauen immer/oft zusammengekauert in einer Ecke sitzend zeigen oder heulend in der Dusche/Badewanne: Schmutz wird abgewaschen. Vergewaltigung, so die Vorstellung, ist ein Verbrechen, das die Psyche zutiefst zerstört.

Es ist wichtig, die aufgezeigten Vergewaltigungsmythen mit der Realität abzugleichen bzw. zu konfrontieren. Es gibt einen großen Unterschied zwischen der gesellschaftlichen Vorstellung von sexualisierter Gewalt und Vergewaltigung und dem, wie und wo diese Gewalt tatsächlich stattfindet sowie der Art und Weise, wie Betroffene darauf reagieren. Bei einer Anzeige steigt die Chance der Verurteilung, wenn möglichst viele der Vergewaltigungsmythen erfüllt werden, also der Täter nicht-weiß, fremd und arm ist und das Opfer weiß und bürgerlich ist, heterosexuellen Schönheitsstandards entspricht und keine wechselnden Sexualpartner_innen hat, geschweige denn ihr Geld mit Sex verdient. Das »echte« Vergewaltigungsopfer ist im Mythos »rein«, »keusch« und verletzlich und wird mit brutaler Waffengewalt zum »Sex« gezwungen. Diese präzisen

Vorstellungen einer »echten« Vergewaltigung führen dazu, dass Frauen, deren Erfahrungen nicht diesen Mythen entsprechen, das eigene Erlebte nicht mit dem Begriff Vergewaltigung zusammenbringen. Es erfolgt eine innere wie äußere Delegitimierung. Vergewaltigungsmythen dienen somit auch dazu, die Glaubwürdigkeit von Betroffenen anzuzweifeln.

Nicht erst seit diesem Jahrhundert werden Pathologisierungen zur Delegitimierung von Frauen eingesetzt, die von sexualisierter Gewalt berichten. Von der »Hysterie« um 1900 bis hin zur manipulativen Borderlinerin wurden und werden Frauen, die über Gewalt berichten, immer wieder in ihrer Glaubhaftigkeit angegriffen. Durch die Pathologisierung kann »verrückten« Frauen ihre Wahrnehmung, ihr Erleben und ihre Erfahrungen abgesprochen werden. Noch 2012 berichteten die Medien von einer Bundeswehrsoldatin, die öffentlich über ihre Vergewaltigung sprach. Ein paar Tage später titelten die Zeitungen, dass die Tat nicht stattgefunden haben könne, da sich herausgestellt hätte, dass die Frau an einer »Borderline-Persönlichkeitsstörung« leide. (Jüttner, 2012)

Hier funktioniert die psychiatrische Diagnose als Entwertung einer Erzählung von Gewalt.

Die Pathologisierung der Reaktion: Das Trauma

Reaktionen auf Gewalt sind sehr verschieden. In der Psychologie werden Reaktionen auf lebensbedrohliche Ereignisse unter dem Begriff »Trauma« gefasst. Trauma bezeichnet zunächst einmal die Reaktion auf eine Verletzung, nicht nur in der Psychologie, sondern auch in körperbezogener Medizin, zum Beispiel am Schädel, an den Knochen, an den Organen. Der Begriff wurde erstmals für psychische Verletzungen von Soldaten verwendet, die aus dem Krieg zurückkamen. Feminist_innen eigneten sich diesen Begriff an, um Folgereaktionen auf sexualisierte Gewalt sichtbar zu

machen. Da dies immer noch eine aktuelle Auseinandersetzung ist, beziehe ich mich im Folgenden auf den Trauma-Begriff im Kontext von sexualisierter Gewalt, auch wenn dies ein sehr begrenzter Fokus ist.

Der Trauma-Begriff soll benennbar machen, was sonst nicht benennbar ist. Er ist ein Platzhalter für: Ich habe etwas Schlimmes erlebt und will dafür Verständnis, Anerkennung und Unterstützung, will oder kann aber nicht genau sagen, was los ist, kann mich vielleicht auch nicht konkret daran erinnern.

Mit dem Trauma-Begriff müssen bestimmte Erfahrungen nicht explizit in Worte gefasst werden, zum Beispiel unerklärbare Körpererinnerungen. Gleichzeitig ist der Begriff »Trauma« wie ein äußerer Stempel, eine Bestätigung, dass das eigene Erleben, welches gesellschaftlich so oft abgesprochen wird, tatsächlich real ist.

Im psychiatrischen Kontext findet sich der Trauma-Begriff unter der Diagnose »Posttraumatische Belastungsstörung« (»PTBS«, F43.1). Damit ist sie eine der wenigen Diagnosen, in der die Ursache (»belastendes Ereignis oder eine Situation«) im Klassifikationskatalog benannt wird. Durch die Erfüllung bestimmter Kriterien wird festgestellt, ob wirklich eine posttraumatische Belastungsstörung vorliegt. Diese Kriterien beinhalten »Nachhallerinnerungen, Flashbacks«, »Träume oder Alpträume, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten«, »Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen«, »Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber« sowie »Freudlosigkeit«. Die Beschreibung der Diagnose im ICD-10 verspricht, dass »in der Mehrzahl der Fälle […] eine Heilung erwartet werden« kann und dass es nur in wenigen Fällen einen chronischen Verlauf gibt, der dann aber zu einer »andauernde[n] Persönlichkeitsänderung« (F62.0) führen könne. (»ICD-10-GM-2016 F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung«, 2016)

Die Kriterien für eine »PTBS« sind genau vorgegeben und setzen damit eine Norm dafür, wie Verletzung aussieht und funktioniert. Das Problem daran ist, dass die Definitionsgewalt hier wieder einem medizinischen Klassifikationsschema übergeben wird. Die Erfüllung der Kriterien wird zum Element der Beweisführung, ob ein Ereignis Realität ist und der Bewertung darüber, wie schlimm es war. Wenn sich die Symptome nicht gleichen, kann damit auch die Realität des »belastenden Ereignisses« zur Debatte stehen – oder es wird die Schlussfolgerung gezogen, dass das Erlebte »nicht so schlimm« war. Somit wird anhand von Reaktionen ein Rückschluss auf die Schwere des Ereignisses gezogen. Gleichzeitig wird immer wieder betont, dass nicht jede Gewalterfahrung, nicht jedes schlimmes Ereignis zu einer »PTBS« führe. Doch andere Reaktionen, andere Umgangsstrategien werden außerhalb feministischer Debatten nicht verhandelt.

Medizinische und rechtliche Beweisführungen zur Bewertung des Erlebten funktionieren zusammen. Die strukturelle Verknüpfung (vor allem durch psychiatrische Gutachten) von Medizin und Gericht führt dazu, dass bei einer Verhandlung von Vergewaltigung vor Gericht bestimmte emotionale Reaktionsweisen als Beweis erwartet werden. Beispielsweise gilt durch eine Therapie vor oder während der Verhandlung die Glaubhaftigkeit als eingeschränkt.

»PTBS« verspricht nicht nur ultimative Anerkennung, sondern auch Heilung. Eine Krankheit kann geheilt, eine Störung entstört werden. Die »PTBS«-Diagnose gibt schon in ihrem Namen das Versprechen, dass Heilung wahrscheinlich ist, dass es besser wird durch Therapie, Medikamente oder Klinikaufenthalte. Die Diagnose »PTBS« verspricht eine Heilung von den Nachwirkungen der Gewalt. Doch unter die Diagnose fällt nur, wessen Reaktionen in die oben genannten Kriterien passen. Dazu gehört auch die Erfüllung einer bestimmten Normalität. Die Diagnose geht

erst einmal von einem unbeschädigten Leben aus, das durch ein »belastendes Ereignis« zerstört wird. Und blendet damit die Gesellschaft, und wie sie Menschen prägt, völlig aus. Täglicher Sexismus, Rassismus, Antisemitismus, Homo-und Transfeindlichkeit – all das sind belastende Dauersituationen. Doch sie zerstören nicht ein scheinbar gesundes Leben, sondern sind Teil des Lebens der meisten Menschen. Die Norm des unbeschädigten Lebens ist für viele, die täglich Diskriminierung, Ausbeutung und Gewalt ausgesetzt sind, nicht erreichbar.

In Bezug auf sexualisierte Gewalt führt dieser Ansatz dazu, dass Mythen von Fremdtäter_innen gestärkt werden. Denn nur die Gewalt durch Fremdtäter_innen erfüllt die Vorstellung eines singulären Ereignisses, das ein bisher normales Leben von außen (zer)stört.

Inzwischen gibt es Ansätze, die davon ausgehen, dass ein Trauma durch wiederholte Ohnmachtserfahrungen auch über einen längeren Zeitraum entstehen kann. In diesem Zusammenhang entstand der Begriff »komplexe Posttraumatische Belastungsstörung« (geprägt von Herman, 1992), der auf immer wieder erlebte Gewalt insbesondere in der Kindheit abzielt. Es gibt Bestrebungen, diesen Begriff in den Diagnosekatalogen zu verankern und damit die Diagnose »Persönlichkeitsstörung« abzulösen.

Dabei entstehen Kämpfe um Anerkennung: Eine »Posttraumatische Belastungsstörung« ist schlimm, eine »komplexe Posttraumatische Belastungsstörung« ist schlimmer. In einem System, in dem Anerkennung von Schmerz und Leid an psychiatrische Diagnosen gekoppelt ist, kann es nur Hierarchien geben. Diese Leid-Hierarchien zeigen sich auch ganz praktisch, zum Beispiel bei der Bewilligung der Stundenanzahl durch die Krankenkassen.

Die Kritik an Zuschreibungen und Versprechen der »PTBS«-Diagnose heißt nicht, dass der Trauma-Begriff per se nicht emanzipatorisch genutzt werden kann. Kritik am Trauma-Diskurs heißt auch nicht, alle Erfahrungen

zu relativieren und Benennungen somit zur eigenen Erfindung werden zu lassen, Betroffene damit allein zu lassen, ihre Erfahrungen zu benennen. Denn auch damit entzieht sich Gesellschaft der Verantwortung. Aber mit dem psychologischen Trauma-Begriff zu argumentieren, entkoppelt menschengemachte Gewalt von gesellschaftlichen Strukturen und macht den Umgang damit zu einer individuellen Aufgabe. Gewalt zu erfahren, kann durch Scham und Schweigegebote zu Vereinzelung führen. Dies gilt es, nicht nur im Kontext sexualisierter Gewalt, zu durchbrechen.

Triggerwarnungen als Schutz?

Ein Beispiel für den Umgang mit Gewalterfahrungen und die weitreichende Bedeutung von psychologischen und psychiatrischen Ansätzen ist die Debatte rund um Triggerwarnungen. Die Idee von Triggerwarnungen stammt aus Internetselbsthilfeforen. Sie sollen ein Warnhinweis für mögliche Auslösereize von Flashbacks sein und vor einer ungewollten Erinnerung an eine lebensbedrohliche Situation warnen. Angst und Panik sollen ebenso vermieden werden wie selbstverletzendes Verhalten.

Inzwischen gibt es diese Triggerwarnungen nicht nur in Selbsthilfeforen, sondern auch auf beispielsweise (feministischen) Blogs oder vor Filmveranstaltungen. Sie wollen daran erinnern, dass diejenigen, die Gewalt erfahren, nicht »die anderen« sind, nicht irgendwo »außerhalb«, sondern eine_r selbst und die Menschen aus dem nächsten Umfeld. Die Auseinandersetzung mit Gewaltfolgen soll sichtbar gemacht werden und Menschen, die Gewalt erfahren haben, sollen vor Flashbacks und der erzwungenen Konfrontation mit dem Erlebten geschützt werden.

Dabei werden bestimmte Wörter und die Erwähnung bestimmter Situationen als Trigger betrachtet. Das führt dazu, dass manche Wörter »gesplashed« werden, dass also Vokale durch Sternchen ersetzt werden.

Aus dem Wort Vergewaltigung wird so V*rg*w*lt*g*ng. Das Problem mit diesen Triggerwarnungen hat viele Ebenen. Auf die Vorstellung von Triggern, auf den Gedanken der Warnung, auf das dahinter stehende Betroffenenbild und die Psychologisierung der Gesellschaft werde ich im Folgenden näher eingehen.

Trigger als Auslöser von Erinnerungen an lebensbedrohliche Ereignisse können alles sein: eine Farbe, ein Geräusch, ein Geruch, ein Wort, ein Satz, eine Situation, ein Gefühl. Was triggert, ist von außen betrachtet manchmal schwer nachzuvollziehen. Das Schwierige an den Warnungen ist, dass sie davon ausgehen, dass zum Beispiel das Wort Vergewaltigung ein Trigger sein könnte – oder die Erzählungen darüber. Das negiert den Charakter von Triggern, die Unplanbarkeit und die Alltäglichkeit. Es setzt auch eine Normierung und Erwartungshaltung: Bestimmte Wörter und Beschreibungen sind »wahrscheinlich« triggernd. Schwierig wird es (besonders für Betroffene), wenn die eigenen Reaktionen dem nicht entsprechen. Die Normierung von Triggern bedeutet auch eine Hierarchisierung von Erfahrungen und Gewaltfolgen. Auch wenn zum Beispiel oft an die Möglichkeit der Erfahrung von sexualisierter Gewalt gedacht wird, Erzählungen über Vernachlässigung, emotionale Abwertung, Mobbing, rassistische Mikroaggressionen, antisemitische Übergriffe, transfeindliche Gewalt oder Gewalt gegen Menschen mit Be_hinderungen, werden nicht in einer gleichwertigen Häufigkeit mit Triggerwarnungen versehen. Das ist auch gut so, denn sonst könnten Triggerwarnungen vor jedem Text, jedem Bild, jeder Erzählung, jeder Bewegung stehen.

Ein weiterer Punkt neben der Problematik, ein derart eingeschränktes Bild auf Trigger zu reproduzieren, ist auch die Annahme, Trigger seien per se etwas Negatives. Die Auslösung von Erinnerungen kann zwar schmerzhaft sein, ist aber nicht immer und nicht für alle negativ. Konfrontation mit der eigenen Vergangenheit kann auch bedeuten, sich

selbst besser zu verstehen, sich selbst in Relation zu anderen zu setzen und die eigenen Gefühle ernst zu nehmen. Konfrontation kann auch eine progressive Auseinandersetzung bedeuten, um das Erstarren zu durchbrechen.

Trigger führen dazu, dass eine Reaktion stattfinden kann und somit auch ein Umgang. Eine Warnung vor Triggern ordnet diese als etwas Gefährliches ein. Dabei wird unsichtbar gemacht, dass gerade sexualisierte Gewalt davon lebt, dass es ein Schweigegebot gibt, nicht offen gesprochen werden soll. Wenn Berichte von sexualisierter Gewalt mit Warnungen versehen werden, reproduziert sich dieses Schweigegebot.

Warnungen sind auch eine Form von Konditionierung. Vor etwas immer wieder gewarnt werden, erzeugt ein Gefühl von Angst und Bedrohung. Dahinter steckt die Idee, dass Menschen, die Gewalt erfahren haben, zerbrechlich seien. Gewalt überlebt zu haben, wird zwar nicht immer als eigene, bewusste Leistung empfunden, doch die Auseinandersetzung mit dem Erlebten führt eher zu mehr Stärke als zu mehr Schwäche. Triggerwarnungen stellen sich zwischen die Person und die Erzählung. Sie sind ein zusätzliches Schloss an einer Tür, die noch durchschritten werden muss, um zum Sprechakt zu kommen. Diese Tür soll dazu dienen, diejenigen zu schützen, die auf der anderen Seite stehen, aber sie verstärkt eine Barriere, die es in der Gesellschaft schon gibt. Die Tür ist durch ein Sprechverbot über sexualisierte Gewalt fest verriegelt.

Die Botschaft ist: Andere müssen geschützt werden, bevor eine_r sprechen oder schreiben darf. Was eine_r erzählt, ist so schlimm, dass es andere verletzen kann. Es werden normative Erwartungen an die Person gestellt, die erzählt, aber auch an diejenigen, die selbst von Gewalt betroffen sind und diese Geschichte hören. Denn wer selbst sexualisierte Gewalt erfahren hat, der_dem wird unterstellt, jederzeit durch einen

normativ festgelegten Trigger, wie zum Beispiel explizite Beschreibungen, in Flashbacks zu verfallen.

Die Vorstellung davon, dass bestimmte Begriffe oder Geschichten »triggernd« sind, führt dazu, dass zum Beispiel psychiatrische und psychosomatische Kliniken »Schutzkonzepte« geschaffen haben. Die legen fest, dass über Themen wie beispielsweise traumatische Erfahrungen, Suizid oder Selbstverletzungen nicht gesprochen werden darf – über vieles also, was zur Psychiatrisierung oder der Entscheidung für einen Klinikaufenthalt geführt haben könnte. Diese Themen dürfen nur außerhalb der Gruppe verhandelt werden, in Einzelgesprächen mit einer_m Expert_in, der_dem Therapeut_in. Oft wird auch an dieser Stelle versucht, ein konkretes Sprechen zu vermeiden. Die emotionale Reaktion steht im Vordergrund, nicht die erlebte Gewalt oder die Verhältnisse, die diese Gewalt hervorbringen.

Triggerwarnungen als Schutzkonzept gehen davon aus, dass Gewalt der Vergangenheit angehört. Dass für viele Kontakt mit Täter_innen Alltag ist, wird dabei ebenso vernachlässig wie die Möglichkeit, dass direkte Gewalt Alltag ist. Sich das vor Augen zu führen, würde bedeuten, andere Umgangsstrategien suchen zu müssen als Warnungen und die Reduzierung der Auseinandersetzung auf bestimmte Trigger.

Psychologisierung

Unsere Gesellschaft wird immer mehr psychologisiert, Triggerwarnungen sind nur ein Teil davon. »Psychologisierung« meint, dass unser Alltag zunehmend mit psychologischem Denken durchdrungen ist – sei es in der Ausbildung, in der Arbeitswelt oder in sozialen Beziehungen. Psychologische Betrachtungen prägen unser Denken, Fühlen und Handeln. Alles kann auf eine innere Motivation oder psychische Problemlagen

geprüft werden. Es wird nicht versucht, Probleme eigenständig oder solidarisch zu lösen, sondern durch die Befragung von Expert_innen. Die Psyche ist das Zentrum der Aufmerksamkeit, hier wird der Grund für die Probleme gesucht und hier soll das Wohlbefinden (wieder) hergestellt werden.

In der Auseinandersetzung mit »Trauma« und sexualisierter Gewalt stehen die Gefühle und Reaktionen im Fokus stehen, nicht die erlebte Situation. Diese Gefühle werden als etwas »Natürliches« eingeordnet, das in jeder Person angelegt ist. Dabei entstehen Emotionen nie außerhalb gesellschaftlicher Verhältnisse. Sie werden von ihnen nicht nur einsortiert und bewertet, sondern erst hervorgebracht. Emotionen werden eng mit Geschlechterrollen verknüpft. Und nicht alle Emotionen sind allen gleichermaßen erlaubt. Emotionalität, Empathie und Verletzbarkeit gelten als zutiefst weiblich. Höher gewertet werden männliche Zuschreibungen wie Rationalität, Verstand und Unverletzbarkeit. Emotionen stehen auch im Kontext von Rassifizierung und Klasse, zum Beispiel wenn Schwarzen Menschen eine höhere Aggressivität zugeschrieben oder die Arbeiter_innenklasse als emotionsgesteuert eingeordnet wird. Demgegenüber steht das Bürgertum, das als vernünftig und verstandesgesteuert gilt.

Ein gutes Beispiel für die geschlechtliche Herstellung von Emotionen ist Angst. Wovor wir Angst haben, ist kein Zufall, sondern von unserem Umfeld geprägt. So wird jungen Mädchen oft erzählt, sie sollen nicht mit »Fremden« sprechen und nachts nicht alleine nach Hause gehen. So entsteht Angst vor unbekannten Menschen, davor, alleine unterwegs zu sein und vor der Nacht selbst, unabhängig von der realen Wahrscheinlichkeit von Verletzung. Das heißt nicht, dass diese Angst für Mädchen, Frauen, trans Personen und auch Männer nicht real wäre. Doch diese Angst wird normalisiert und naturalisiert, so als seien sie ein ganz natürlicher und

selbstverständlicher Teil des Lebens von Mädchen und Frauen, samt innewohnendem Rassismus.

Genauso wie Angst werden auch andere Emotionen hergestellt und von der Gesellschaft geprägt. So ist beispielsweise Wut eine Emotion, die eher mit Männern assoziiert wird. Frauen werden oft auch dann als wütend empfunden (und empfinden sich selbst so), wenn sie lediglich bestimmt und mit klarer Stimme ihre Meinung kundtun. Auch dies zeigt, wie unsere Wahrnehmung von Emotionen durch gesellschaftliche Verhältnisse strukturiert wird.

In einer psychologisierten Gesellschaft werden Emotionen durch psychologische Brillen betrachtet und einem psychischen Zugriff ausgesetzt. Emotionen werden als durch Therapie veränderbar betrachtet und sollen »vernünftig« reguliert werden, während gleichzeitig der Prozess der Herstellung ausgeblendet wird. So wird die Wut von Frauen eher sanktioniert als die von Männern denen zudem Wut nicht als Emotion, sondern als Ausdruck eines Zustands zugeschrieben wird. Bei Männern werden Verhaltensstörungen diagnostiziert, Störungen des Sozialverhaltens, Frauen dagegen werden Emotionsstörungen wie Angststörungen zugeschrieben. Menschen anderer Geschlechter werden nicht mitgedacht, stattdessen wird ihre Existenz pathologisiert und damit auch alle Gefühle, die mit dieser Zuschreibung einhergehen, Widerstand und Protest gegen die Fremdbezeichnung inbegriffen.

Dass Emotionen geschlechtsbezogen hergestellt werden, macht deutlich, wie sehr sie im Wechsel mit Gesellschaft stehen. Ein lediglich therapeutischer Umgang damit ist entpolitisierend. Denn die Auslagerung von struktureller Gewalt und Diskriminierung auf Therapien ist Teil der Psychologisierung unserer Gesellschaft und damit auch der Privatisierung von eigentlich politischen Themen. Indem alles zu einem individuellen Problem wird, das die Lösung von Expert_innen benötigt, wird politischem

und kollektivem Widerstand gegen Gewaltverhältnisse die Grundlage genommen. Individuell mag eine Therapie für viele eine angenehme Unterstützung sein, doch je mehr auf dieses Feld ausgelagert wird, desto weniger wird es möglich, die Strukturen hinter den Emotionen und Reaktionen anzugreifen.

Aus feministisch-psychiatriekritischer Perspektive ist es unbedingt notwendig, Alternativen zur Psychologisierung von Emotionen und Problemen zu suchen. Es sollte nicht darauf verzichtet werden, aus Angst vor Triggern über Gewalterfahrungen zu sprechen. Im Sprechen und im Austausch über Gewalterfahrungen liegt die Chance auf die Erfahrung, nicht alleine damit zu sein und einen solidarischen Umgang suchen zu können. Eine feministische Haltung bedeutet, das Sprechen über sexualisierte Gewalt genauso alltäglich zu machen, wie diese Gewalt den Alltag prägt. Das Sprechen über die Verhältnisse, in denen wir leben, ist nicht die alleinige Lösung, aber es ermöglicht, kollektiv an Lösungen und Strategien zu arbeiten.

»Liebe dich selbst!«

Eine therapeutische und gesellschaftlich weit verbreitete Idee besagt, dass Selbstliebe der Schlüssel zu einem glücklichen Leben ist. Sich selbst nicht zu lieben wird zu einem pathologischen Defizit, das geheilt und verbessert werden muss. In Kampagnen, Blogs und auf Facebook springt es einer_m entgegen: »Liebe dich selbst!« Diese Aufforderung kann von Ernährungscoaches und Unternehmensberater_innen kommen, von Therapeut_innen und Sozialarbeiter_innen, Psychiatrie-Erfahrenen und Anti-Stigma-Aktiven, Freund_innen und Bekannten. »Liebe dich selbst« verspricht ein besseres, gesünderes Leben. Es ist eine individuelle Strategie zu mehr Lebensqualität. Selbstliebe ist etwas, dass jede Person aus sich

selbst heraus mittels bestimmter Techniken (oder ausreichender Willenskraft) für sich selbst erzeugen soll. Darin steckt eine Vorstellung von Autonomie, die so nicht möglich ist. Eva Illouz schreibt in »Warum Liebe weh tut«:

> Ein solcher Rat – ersetzt Liebe durch Eigenliebe! – leugnet den grundlegend und essentiell sozialen Charakter des Selbstwerts. Er verlangt von den Akteuren, etwas zu erzeugen, was sie aus eigenen Kräften nicht erzeugen können. Die moderne Obsession damit und die Aufforderung dazu, ›sich selbst zu lieben‹, ist ein Versuch, das reale Bedürfnis nach Anerkennung durch Autonomie zu befriedigen. Anerkennung aber kann nur durch das Eingeständnis der eigenen Abhängigkeit von anderen erlangt werden. (Illouz 2011: 274)

Illouz verweist darauf, dass durch Selbstliebe nicht die Notwendigkeit der Liebe von anderen ersetzt werden kann. Der Fokus auf die Selbstliebe verbirgt, dass Anerkennung und Zuneigung in Relation zu anderen entstehen. Die Vergabe von Anerkennung von außen ist eingebettet in Klassenstrukturen, antisemitische und rassistische Weltbilder, homo- und transfeindliche Werte und Geschlechterhierarchien. Wenn beispielsweise trans Frauen gesellschaftlich abgewertet werden und sie in der Öffentlichkeit nicht vorkommen, dann macht die entkontextualisierte Aufforderung »Liebe dich selbst!« die Verhältnisse unsichtbar. Es wird verlangt, aus sich selbst heraus etwas zu erzeugen, was die Gesellschaft verweigert. Wenn diese Anerkennung von außen verwehrt wird, ist die Anforderung, diese in sich selbst erzeugen zu sollen, mit beständigem Scheitern verbunden. »Liebe dich selbst!« ist eine Aufforderung, die so hochgehalten wird, dass es zum eigenen Versagen wird, dieses Gefühl und das damit versprochene Glück nicht erzeugen zu können.

Als eine Strategie zu mehr Selbstliebe gilt das Konzept der Selbstfürsorge. Oft werden damit therapeutische Ansätze wie »Stressregulation« verbunden, da weniger Stress (oft bezogen auf Lohnarbeit und Haushaltsaufgaben) zu mehr Achtung des Selbst führen würde. Dazu werden Techniken wie Entspannung (Bäder und

Spaziergänge), Reproduktionsarbeiten (Putzen und Kochen) und etwas Basteln (sich selbst beschäftigt halten) eingesetzt. Techniken und andere grundlegenden Dinge, die die meisten Menschen mehr oder weniger tun (müssen) – wie essen, sich waschen, schlafen, die eigenen Dinge / Wohnung in Ordnung halten –, werden zum großen Selbstliebe-Projekt ausgerufen und als Entspannung einsortiert. Reproduktionsarbeiten, Stricken und Dinge reparieren werden als Erfüllung geadelt. Durch die Bezeichnung »Selbstfürsorge« wird auch die Klassendimension unsichtbar gemacht. Weiterhin zielen diese Selbstfürsorgetechniken nicht auf Wut, Widerstand und Zerstörung der Verhältnisse ab, sondern auf Beruhigung und Akzeptanz. Sie verändern das Leben nicht grundsätzlich; es sind Dinge, die alleine und im Privaten stattfinden, ebenso wie die Liebe zu sich selbst allein aus sich heraus entstehen soll – entkoppelt von der Umwelt.

Dieser psychologisierte und damit individualisierte Zugang zu Selbstliebe und Selbstfürsorge ist nicht der einzige, den es gibt. Schwarze Feministinnen haben schon lange das Politische der Selbstliebe und Selbstfürsorge im Blick. So schreibt bell hooks über die Notwendigkeit der radikalen (Selbst)liebe von Schwarzen Frauen für sich selbst. Diese Selbstliebe soll der Entmenschlichung und gesellschaftlichen Abwertung durch Rassifizierung und Sexismus entgegenwirken. Feminist_innen berufen sich immer wieder auf ein Zitat von Audre Lorde: »Caring for myself is not self-indulgence, it is self-preservation, and that is an act of political warfare.«[2] (Lorde, 1988)

Lorde plädiert für Selbstfürsorge als Selbsterhalt und somit als politisches Mittel. Gleichzeitig ist diese Form der Selbstfürsorge von neoliberalen Strategien abzugrenzen, bei denen es um die Machbarkeit des eigenen Glücks und Wohlbefindens geht und Staat und Gesellschaft aus der Verantwortung entlassen werden. Bei Lorde ist das Ziel der Selbstfürsorge nicht lediglich Zufriedenheit und Glück, sondern der Kampf gegen soziale

Ungerechtigkeit. Die Techniken der Selbstfürsorge können ähnlich sein, das Entscheidende ist die andere Zielsetzung. Es geht um die Notwendigkeiten, die es zum Selbsterhalt braucht. Es geht um eine politische, kollektive Strategie, die sich auflehnt gegen weiße Herrschaft und weiße Normsetzungen. Sara Ahmed schreibt in einer Analyse von Lordes Zitat:

> In directing our care towards ourselves we are redirecting care away from its proper objects, we are not caring for those we are supposed to care for; we are not caring for the bodies deemed worth caring about. And that is why in queer, feminist and anti-racist work self-care is about the creation of community, fragile communities, assembled out of the experiences of being shattered. [3] (Ahmed, 2014b)

Es gibt in einer rassistischen und sexistischen Klassengesellschaft klare Vorstellungen davon, wer für wen Sorge tragen soll: Frauen, schlecht bezahltes Pflegepersonal und migrierte Arbeiterinnen. Die Körper und Leben von Frauen *of color*, trans Personen und *Queers* gehören nicht zu den gesellschaftlich umsorgten Körpern und Leben. Der Puffer, auf den Menschen zurückfallen, aus dem sie Anerkennung beziehen können, ist strukturell und individuell verschieden. Es geht nicht darum, alleine aus sich etwas erschaffen zu sollen, was erst in Relation zu anderen möglich wird, und es geht auch nicht darum, durch Techniken der therapeutischen Selbstfürsorge einem unerreichbaren Glücksversprechen zu folgen. Es geht um ein solidarisches Miteinander, darum ein gutes Leben für alle zu schaffen – und das geht nicht, ohne gesellschaftliche Verhältnisse radikal zu verändern.

My body, my choice?

Ein bekannter feministischer Slogan lautet: »My body, my choice«. Er markiert das Recht auf sexuelle und körperliche Selbstbestimmung und spielt bei Protesten gegen Verbote des Schwangerschaftsabbruchs eine wichtige Rolle. Das Recht auf Selbstbestimmung bedeutet, geschützt zu sein vor Zugriffen auf den eigenen Körper, beispielsweise durch Politiken, die Schwangerschaftsabbruch verbieten, oder durch Verletzungen durch andere. In der Psychiatrie hat das Recht auf Selbstbestimmung Grenzen, zum Beispiel bei Zwangsmaßnahmen oder in Momenten, in denen Menschen sich selbst sichtbar verletzen.

Der Bezug zum Körper ist in dieser Gesellschaft ambivalent. Zum einen sollen Körper geschützt werden, und die körperliche Unversehrtheit gilt als ein hohes Gut, zum anderen wird die Bedeutung von Körpern vernachlässigt. Dominant ist die männlich geprägte Vorstellung vom Körper als Werkzeug, der von der Vernunft her beherrscht werden müsse. Der Körper ist heute medizinisch, chemisch und technisch erweiterbar, die Grenze zwischen Mensch und Maschine ist schon lange nicht mehr eindeutig zu ziehen. Auch hier greifen gesellschaftliche Regulierungen ein. Eine chemische Veränderung des Körpers ist nur auf Rezept gestattet, nicht mit illegalisierten Substanzen.

Das Einsetzen einer elektronischen Hörbrücke im Kopf wird als Fortschritt der Medizin erachtet; wenn Menschen sich selbstgewählt elektronische Geräte wie USB-Sticks implantieren, gilt dies als exzentrisch und verrückt. Medizinisch wird sortiert in normale und unnormale angestrebte Veränderungen. Dies hat zum Ziel, einen möglichst »gesunden«

Körper, eine möglichst »gesunde« Psyche herzustellen. Der ideale Körper wird als »unverletzt« und als nicht be_hindert vorgestellt.

Körper von Frauen, Mädchen und trans Personen werden immer wieder angegriffen und verletzt. Dass sichtbare »Selbstschädigungen« wie Schnitte in die Haut oder sichtbares Hungern so sehr pathologisiert werden, hat mit der Vorstellung zu tun, dass es diesen heiligen, unverletzten, reinen und gesunden Körper gibt, der plötzlich durch eine Rasierklinge oder einen Schlag verletzt wird. Dabei gelten Narben nicht als Ausdruck von etwas Positivem, wie zum Beispiel einer überstandenen Verletzung, sondern als Manko, sowohl in der Schönheit als auch in der Psyche. Es sind gesellschaftlich hergestellte Körperpolitiken wie diese, die genau zuschreiben, welche Körper normal sind und welche nicht. Die feministische Forderung »My body, my choice« scheint hier ihre Grenzen zu erreichen und sich den medizinischen Aussagen unterzuordnen. In meinen Augen ist dieser Slogan ein wichtiges Instrument nicht nur für feministische, sondern auch für psychiatriekritische Politik. Daher werde ich im Folgenden beispielhaft auf die Themen Selbstverletzung und »Essstörungen« eingehen.

Selbstverletzung

Um über »Selbstverletzung« zu sprechen, braucht es zunächst eine Idee von der Bedeutung des Begriffs. Meistens bezieht er sich darauf, dass eine Person sich selbst Verletzungen zufügt. Selbstverletzung verbinden Psychiater_innen, Ärzt_innen und Psycholog_innen, aber auch Sozialarbeiter_innen und Pädagog_innen mit etwas Krankhaftem, Gestörtem. Eine kritische Betrachtung von Verletzungen des eigenen Selbst macht deutlich, dass auch hier die Grenze zwischen gesund und krank verschwimmt. Selbstverletzungen gehören zum Alltag. Einige Formen sind

akzeptiert, manche weniger, andere gar nicht. So ist zum Beispiel das Trinken von Alkohol oder exzessives Sporttreiben grundsätzlich akzeptiert. An Zigaretten wird sichtbar, wie schnell eine Verschiebung dessen, was gesellschaftlich akzeptiert wird, stattfinden kann: von der Rebellion hin zur Gefahr für das Selbst und die Umwelt. Noch vor zehn Jahren galten Zigaretten nicht als so selbst- und fremdzerstörerisch wie heute. Aber auch Nahrungsmittel wie Zucker und Kaffee werden durch Gesundheitsvorstellungen reguliert. All das ist geprägt von den jeweiligen medizinischen Fragestellungen, welche die Forschungsergebnisse prägen und damit die Öffentlichkeit beeinflussen. Es gibt viele Studien zu den körperlichen Schäden von Zigaretten, aber nur wenige Studien zu den körperlichen Schäden durch Psychopharmaka.

Wenn mit scharfen Klingen in die Haut geschnitten, freiwillig gehungert oder mit dem Kopf gegen die Wand geschlagen wird, gilt dies als Ausdruck psychischer Störungen. Dabei ist die Grenze, die gezogen wird, letztlich fiktiv. Es gibt nicht hier »Die Selbstverletzer_innen«, dort »Die Normalen«. Wir alle verletzen uns täglich selbst: durch direkte körperliche Eingriffe und durch emotionales Beschränken unserer Möglichkeiten. Vieles tun wir freiwillig, insoweit wie Handlungen in Abhängigkeit von Strukturen freiwillig sein können. Vieles passiert, um etwas anderes zu erreichen, wie zum Beispiel bestimmte Schönheitsnormen. Dann ist es auch gestattet, sich selbst Schmerzen zuzufügen. Haare ausreißen wird in vielen Fällen nicht nur akzeptiert, sondern geradezu verlangt, um Schönheitsnormen zu erfüllen. Wenn Männer sich gegenseitig die Wange mit Degen aufschneiden, ist das Teil eines Männlichkeitsrituals von Burschenschaften, doch wenn Mädchen sich mit einer Rasierklinge in die Haut schneiden, wird das nicht als Stärke gefeiert.

Was als normal und was als krankhaft gilt, entscheidet eine Gesellschaft.

Wie könnte eine Deutung von Selbstverletzung jenseits eines psychiatrischen Modells aussehen? In psychiatrischen und psychologischen Lehrbüchern wird festgehalten, dass es sich bei Schnitten in die Haut um ein geschlechtsspezifisches Phänomen handelt, das vor allem junge Frauen und Mädchen betrifft. Es wird verhandelt als eine nach innen gerichtete Aggression, die der nach außen gerichteten Aggression von Männern und Jungen gegenüberstehe. So sinnvoll es auch ist, sich mit dem Umgang von Aggressionen auseinanderzusetzen, hinkt diese Interpretation. Die Haut ist das äußerste Organ und stellt somit nicht einmal symbolisch das Innen dar.

Von außen kommt die Assoziation, dass diese Verletzung Schmerz bedeutet, und Schmerz wird gleichgesetzt mit Schaden. Schmerzen sind in dieser Gesellschaft negativ besetzt. Es ist etwas, was es nicht geben darf. Nur eingebunden in strenge Männlichkeitsrituale oder Sportaktivitäten ist Schmerz gestattet. Schmerzen gelten als falsch, als Problem und müssen verhindert werden. Dazu zählen nicht nur körperliche Schmerzen, sondern auch Trauer, Unglück und Wut. Dabei können Schmerzen auch etwas Positives haben, einen Halt bieten, sich gut anfühlen, den eigenen Körper spüren lassen, Stärke hervorbringen.

Schnitte in die eigene Haut oder andere Varianten von Selbstverletzung können als Form der Kommunikation betrachtet werden. Der Körper dient dabei als Papier, als Tagebuch, als Notizzettel und als Leinwand. Er speichert Erinnerungen, Ängste und Hoffnung. Wunden können auf der Haut Geschichten schreiben. Das kann erotisch sein, es kann Selbstfürsorge sein, es kann Spaß und Verzweiflung sein. Wunden und Narben können Geschichten erzählen von Schmerz, von Verletzung, vom Aufstehen und Weitergehen. Sie können sagen: »Es war schlimm, aber ich habe überlebt.« Oder: »Es tut weh, ich brauche Hilfe.« Oder: »Ich kann gerade nicht funktionieren. Ich brauche Zeit. Ich bin verletzbar – aber nicht du kannst mich verletzen.« Es kann eine Landkarte von Schmerz, Stärke und

Hoffnung entstehen. Selbstverletzung ergibt Sinn. Selbstverletzung funktioniert. Sie ist Interaktion mit sich selbst und mit der Umwelt. Sie macht den verbotenen Schmerz sichtbar. Ähnlich wie Diagnosen können auch Selbstverletzungen etwas Ungreifbares greifbar machen. Wunden und Narben können auch Neid erzeugen. Neid auf Sichtbarkeit, Neid auf diese Sprache, Neid auf die (erhoffte) Anerkennung des inneren Schmerzes. Darüber wird selten offen gesprochen, denn Neid ist gesellschaftlich stark sanktioniert.

Selbstverletzungen haben gerade in psychiatrischen Settings oft Nebenwirkungen: übergriffige Ärzt_innen und »Helfer_innen«, die Sanktionen setzen, um das unerwünschte Verhalten zu beenden. Es wird davon ausgegangen, dass die Person dieses Verhalten eigentlich nicht wollen kann. Daraus entsteht die Idee, mit chemischen, mechanischen und/oder therapeutischen Mitteln Körper und Psyche »zum Besten« der Patient_in zu verändern (auch zu verletzen), um Selbstverletzung zu verhindern.

»Essstörungen«

Ein weiteres Feld, in dem die Forderung »My body, my choice« zentral sein sollte, ist das Essen. Gesellschaftlich und medizinisch werden gesunde und pathologische Körper, gesundes und pathologisches Essverhalten unterschieden. Zu viel Essen, zu viel Hungern, zu viel Erbrechen sind im Groben die Kategorien, in denen das Essverhalten psychiatrisch für krankhaft erklärt wird. Wenn etwas zu viel/zu weitgehend gemacht wird, wie essen oder nicht essen, wird dieses Verhalten sanktioniert.

Die Grenzziehung ist dabei abhängig von Schönheitsidealen und Körpernormen. Beispielweise wird die Grenze oft an einem »zu hohen« oder »zu geringen« Body-Mass-Index gemessen. Der BMI ist eine Einheit,

die sich aus Gewicht mal Körpergröße im Quadrat ergibt und deren Aussagekraft stark umstritten ist. Abhängig von diesen Idealen und Normen unterscheiden sich für verschiedene Menschen auch die Anforderungen.

So ist die Normalität für Frauen und Mädchen geprägt von stark reguliertem Essen und Körpern. Diäten gehören für fast alle Mädchen und Frauen zum Alltag. Besonders für dicke Frauen und Mädchen ist eine Diät ein sehr erwünschtes Verhalten. Körperfett gilt als krankhaft, die Diät als Teil der Heilung. Das Hungern von dicken Menschen wird durch Mediziner_innen befeuert, die dick mit krank gleichsetzen. Das Essen selbst wird zum pathologischen Verhalten. Das Hungern von dicken Menschen ist erwünscht, das Hungern von dünnen Menschen jedoch wird massiv sanktioniert, auch auf Grund der hohen Sterberate durch Organschäden. Es wird mit psychiatrischem Zwang reagiert, mit Freiheitsentzug und Zwangsernährung. Frauen sollen zum einen makellose, zum anderen reproduktionsfähige Objekte bleiben, Verletzungen im Kontext von Diäten sind allerdings gestattet. Doch wenn ein Körper seine zugeschriebene Weiblichkeit ablegt, bedroht dies die geschlechtliche Ordnung. Den Körper bis auf die Knochen herunter zu hungern, ist eine Überspitzung der Anforderungen an das Leben von Frauen und eine Überspitzung gesellschaftlicher Schönheitsideale sowie dem damit verbundenen Streben nach Perfektion und Kontrolle.

»Essstörungen« sind der Bereich der Psychiatrie, in dem am ehesten die Gesellschaft in die Analyse miteinbezogen wird. Dabei wird der Fokus meist auf »gefährliche« Schönheitsideale gelegt, die für das Hungern von Mädchen und jungen Frauen verantwortlich gemacht werden. Diese verkürzte Darstellung führt zu Debatten um Mindestgewichte für Models, statt um die Lebensrealitäten von Frauen und Mädchen. Gleichzeitig wird ausgeblendet, wie sehr unsere Gesellschaft durch Feindlichkeit gegenüber dicken Menschen prägt ist – denn Dicke gelten als Gefahr für die Moderne.

In einer Psychiatrievorlesung über »Anorexie«, die ich zur Forschung besuchte, hat eine Psychiaterin nicht nur über »Schönheitsideale« gesprochen, sondern lang und breit erklärt, warum die eigentliche Gefahr nicht »Anorexie« sei, sondern »Adipositas«. Dicken Menschen wird nicht zugestanden, in der Öffentlichkeit lustvoll zu essen, ihren Hunger zu zeigen. Vor allem dicken Frauen wird unterstellt, zu viel zu wollen, zu viel Raum einzunehmen, zu viel »unkontrolliertes« Verlangen zu zeigen. Dicke werden als abstoßend, als faul, als schmutzig, als unattraktiv und vieles mehr bezeichnet. Darin stecken viele gesellschaftliche Zuschreibungen von Klasse. Die schlanke, sich ökologisch und biologisch »gut« ernährende Frau wird in diesem Diskurs der Proletarierin/arbeitslosen Frau gegenübergestellt, die sich von Fast-Food ernährt. Damit gehen Zuschreibungen über mangelnde Intelligenz, Bequemlichkeit und Willenslosigkeit einher. Die Angst davor, dick zu werden, ist für nicht-dicke Menschen so groß, dass sie ihrem Körper und ihrer Psyche vielfältige Schmerzen und Entbehrungen antun, nur um Dicksein zu vermeiden. Solange dicke Menschen in unserer Gesellschaft pathologisiert und abgewertet werden, wird das Essen besonders von Frauen und Mädchen massiv gestört. Denn die Angst isst immer mit.

Essen und Körper haben auch mit dem Ideal von weißen Körpern zu tun. Rassismus wirkt sich auf Körpervorstellungen aus, auf das Recht, in dieser Welt Platz einzunehmen. »Magersucht« wird verbunden mit dem Bild des zerbrechlichen weißen Mädchens. Wie unterschiedlich Schwierigkeiten mit Essen sein können, kommt öffentlich nicht vor. Wer an Personen mit »Essstörungen« denkt, denkt nicht an dicke Frauen, an alte Frauen, Frauen *of Color* oder trans Personen. Sie sind zu weit entfernt von der grazilen, halb aufgelösten Weiblichkeit, die gesellschaftlich ins Hungern hinein imaginiert wird.

In »#EatingDisordersAreForWhiteWomen« kritisiert Janani Balasubramanian sogenannte »Awareness-Wochen«, wie es sie beispielsweise in den USA und Großbritannien als Anti-Stigma-Projekte gibt. Diese sollen dazu dienen, gesellschaftliche Vorurteile gegenüber Personen mit »Essstörungen« abzubauen, oft indem Frauen sich vorstellen und ihre eigene Geschichte erzählen. Hier werden immer wieder weiße Frauen präsentiert, gleichzeitig aber wird so getan, als würde es nicht um Körper und Schönheit gehen, sondern nur um Perfektion und Kontrolle. Damit wird die zugeschriebene »psychische Krankheit« nach innen verlagert, als eine Verhaltens- und Willensstörung, und damit weggehalten von Körperbezügen. Dadurch wird es erschwert, Rassifizierung anzusprechen, die sich sehr wohl auf Körper und Aussehen bezieht.

> My anorexia had everything to do with affluent white womanhood, something not available to me, but that I was systemically surrounded by. It had everything to do with heterosexuality: an aspiration for ›proper and dignified‹ white womanhood – that is ultimately desirable to white masculinity.[4] (Balasubramanian, 2014)

Balasubramanian schreibt darüber, was es bedeutet, in einer Welt zu leben, in der die Spieglung des eigenen Selbst verweigert wird. In weißen Körpern und weißen Bilder gibt es nur eine sehr begrenzte Möglichkeit, sich selbst zu finden. Sie wird verweigert durch fehlende Repräsentation und durch eine Gesellschaft, die von Rassifizierung und Heteronormativität geprägt ist. Repräsentation ist wichtig. Sie erlaubt es, Möglichkeiten zu denken, wahrzunehmen, danach zu handeln. Im heteronormativen Denken ist die Frage des Begehrens eine entscheidende, besonders in einer Welt, in der Frauen für Männer begehrenswert sein sollen, in der Heterosexualität normal ist und Männer einen Penis und Frauen eine Vagina haben sollen. Doch beim Thema »Begehren« geht es um vielmehr. Begriffe lassen sich nicht von Körpern trennen, versagte Möglichkeiten schreiben sich in den Körper ein.

Wenn es um Hunger geht, dann geht es nicht nur um Hunger auf Essen. Hungern kann eine_r auch nach Liebe, nach Entfaltung, nach Freiheit, nach Menschen, nach Prozessen, nach Bildung, nach Sex, nach Macht, nach Anerkennung. Dieses Verlangen steht Frauen und Mädchen nicht zu. Sie sollen es unterdrücken und kontrollieren. So schreibt Laurie Penny in »Unspeakable Things«:

> Of all the female sins, hunger is the least forgivable; hunger for anything, for food, sex, power, education, even love. If we have desires, we are expected to conceal them, to control them, to keep ourselves in check. We are supposed to be objects of desire, not desiring beings.[5] (Penny, 2014)

Hunger zeigen, etwas begehren, etwas wollen – das alles ist für Frauen in dieser Gesellschaft stark limitiert. Auch wenn Frauen erbrechen, dann nicht nur, um Essen wieder loszuwerden. Es gibt vieles, was in der Lebensrealität von Frauen und Mädchen zum Kotzen ist: (sexualisierte) Gewalt, der Entzug von Möglichkeiten, alltägliche Abwertungen. Es geht mir nicht darum zu glorifizieren, was Menschen sich und ihrem Körper antun. Doch ich will aufzeigen, wie sehr es um gesellschaftliche Kontrolle geht.

Manch selbstschädigendes Verhalten wie Hungern (besonders bei Dicken), die Einnahme schädigender Psychopharmaka oder eine 40-stündige Arbeitswoche wird befördert. Anderes Verhalten wie Schneiden, zu Tode Hungern oder sich Übergeben wird hingegen pathologisiert. Dabei kann auch übermäßige Lohnarbeit zu Lebenszeitverkürzung führen, genauso wie Zigaretten und Psychopharmaka. Erlaubt ist, was der Aufrechterhaltung von sexistischen, rassistischen und kapitalistischen Strukturen dient. Die Grenzen zwischen dem, was als Selbstverletzung gilt und was nicht, ist kulturell geprägt. Teil dieser Kultur ist eine pathologische Einordnung von Schmerzen und Psychiatrisierung, durch die alles, was nicht in diese Ordnung passt, ausgesondert werden kann. »My body, my choice« muss im Bereich der Psychiatrie eine zentrale Forderung sein –

nicht nur, um Zwangsmaßnahmen anzugreifen, sondern auch um aufzuzeigen, wie durch Pathologisierungen von Körpern, von Wahrnehmung, Fühlen und Verhalten Geschlechter zugewiesen werden und Menschen die Möglichkeit genommen wird, so zu existieren wie sie wollen und in ihrer jeweiligen Lebenssituation können.

Handeln möglich machen

Solange die Psychiatrie als Ort des »Helfens und Heilens« definiert wird, bleibt der Blick auf Alternativen eingeschränkt. Reformen innerhalb des Gesundheitssystems orientieren sich am Konzept der Psychiatrie mit ihren Krankheitszuschreibungen und Expert_innendefinitionen. Der pathologisierende und psychologisierende Blick verhindert, Handlungsoptionen außerhalb dieses Rahmens überhaupt denken zu können. Die Einordnung von Psychiatrie als Teil eines »Hilfesystems« verdeckt, dass die Psychiatrie und ihre »Hilfe« Probleme nicht nur behandelt, sondern bestimmte Probleme überhaupt erst hervorruft.

Auf der Suche nach Handlungsfähigkeit gibt es keinen 10-Punkte Plan, den eine_r einfach alleine befolgen kann. Einiges erfordert kollektives Denken und Handeln. Alleine passiert es leicht, klein gemacht zu werden, wie es in der Psychiatrie ständig vorkommt. Im Folgenden werde ich verschiedene Denk-, Handlungs- und Projektansätze vorschlagen, mit denen sich das psychiatrische System durchbrechen lässt und emanzipatorisches Handeln möglich wird.

Der erste Schritt besteht darin, *das psychiatrische Zwangssystem abzuschaffen*. Menschen gegen ihren Willen mit psychiatrischen Diagnosen zu belegen, ihnen die Freiheit zu entziehen, zwangsweise psychotrope Substanzen zu verabreichen, mechanische und chemische Fixierungen vorzunehmen – all das sind tiefgreifende Einschnitte in Persönlichkeitsrechte, die von der UN-Behindertenrechtskonvention nicht gedeckt sind. Sie verletzen den Körper der Psychiatrisierten, ihre Würde und ihr Selbst. Der Annahme, dass Zwangsmaßnahmen mehr helfen als schaden, widersprechen zahlreiche Berichte Psychiatrie-Erfahrener.

Um gegen Zwang in der Psychiatrie schon vor deren Abschaffung anzugehen, helfen verschiedene Maßnahmen wie zum Beispiel *Patient_innenverfügungen und Willensbekundungen*. Menschen füllen Patient_innenverfügungen aus allen möglichen Gründen aus; beispielsweise können aus religiösen Gründen Bluttransfusionen abgelehnt oder eine lebensnotwendige Behandlung verweigert werden. Im psychiatrischen Bereich gilt dieses Recht allerdings nicht im gleichen Maße, da hier Menschen ihre Fähigkeit abgesprochen wird, klar zu sehen und einen eigenen Willen zu haben. Dennoch kann es helfen, eine Patient_innenverfügung auszufüllen, am besten ärztlich bestätigt und notariell beurkundet. Darin können die Vergabe von Medikamenten, Zwangseinweisungen und die Diagnostizierung mit psychiatrischen Diagnosen verweigert werden. In Willensbekundungen ist es möglich, beispielsweise mit dem zuständigen Krankenhaus gewünschte Maßnahmen abzusprechen und andere auszuschließen. Gerade wenn es zu wiederholten Zwangseinweisungen kommt, kann das hilfreich sein. Es ist zu hoffen, dass diese Dokumente weitreichende rechtliche Anerkennung erfahren und so niemand mehr gegen ihren_seinen Willen psychiatrisiert werden kann.

Eine strukturelle Verbesserung können *Betroffenenkontrollierte Projekte* leisten. Das bedeutet, dass sich Menschen mit Psychiatrieerfahrung zusammentun und gemeinsam andere Psychiatrie-Erfahrene unterstützen. Ein Beispiel ist das »Weglaufhaus« in Berlin. Hier können wohnungslose Menschen, die nicht in der Psychiatrie sein wollen, Zuflucht und praktische Unterstützung finden – idealerweise daran orientiert, was die Betroffenen selbst wünschen. Das heißt nicht, dass dort alles perfekt läuft. Doch es gibt in Deutschland keine Alternativen zur Psychiatrie, die strukturell gefördert werden und Aufenthalte über Nacht ermöglichen.

Es braucht *Orte, die Menschen aufsuchen können*, wenn sie mit sich selbst oder ihrer Umwelt nicht klar kommen: Orte zum Rückzug, Orte zum

Schreien, Orte zum Sortieren, Orte zum Ausbrechen, Orte mit Menschen, die Ähnliches kennen.

Um diese Orte schaffen, Ideen von solchen Orten entwickeln zu können, ist es notwendig, *Psychiatrie-Erfahrenen zuzuhören*. Dabei geht es nicht nur um die Menschen aus dem eigenen Umfeld, sondern auch um das, was Psychiatrie-Erfahrene öffentlich berichten. Die Meinungen sind auch bei organisierten Menschen sehr unterschiedlich, einige sind gegen Psychiatrie, einige wollen sie reformieren, fast alle lehnen jedoch Zwangspsychiatrie ab. Berichte über Zustände in der Psychiatrie sollten nicht durch den eigenen Wunsch ignoriert werden, die Psychiatrie nur als Institution des »Helfens und Heilens« zu sehen. Es geht nicht darum, Psychiater_innen zu dämonisieren, nur ist es so, dass sie auf Grund ihres Berufsstandes und dessen Wissenshorizont einen sehr eingeschränkten Blickwinkel haben und in ihrem Willen, zu »helfen« und zu »heilen«, oft nicht mehr zuhören.

Daher ist es wichtig, unterschiedliche *Erfahrungen und Wahrnehmungen anzuerkennen*. Vielleicht stimmen diese nicht mit den eigenen Realitätsauffassungen überein, aber das macht sie nicht weniger wirklich. Meist ist es hilfreicher, über Maßnahmen für die eigene Sicherheit zu sprechen, als darüber zu diskutieren, ob eine Bedrohung real ist oder nicht. So kann auch der Tatsache entgegengewirkt werden, dass Widerstand gegen das psychiatrische System pathologisiert wird.

Ein Teil patriarchal-psychiatrischer Strukturen ist es, Handeln ins Private, ins Innerpsychische zu verlagern. Daher ist es wichtig zu prüfen, wie innerpsychisch Krisen tatsächlich sind und ob sie nicht *öffentlich verhandelt* werden können. Belastungen durch Lohnarbeit können beispielsweise durch Betriebsratgründungen und Arbeitszeitverkürzungen politisch stärker verändert werden als durch Burn-Out-Präventionskurse der Krankenkasse. Um derartige Strategien überhaupt bekannt und vorstellbar zu machen, ist es ein wichtiger Schritt, *Communitys zu schaffen*, die sich gegenseitig

umsorgen und aufeinander aufpassen, anstatt Menschen auszugrenzen, um die eigene Funktionsfähigkeit aufrecht zu erhalten.

Um Alternativen überhaupt sehen zu können, ist es wichtig, sich von bestehenden, machtvollen Denkstrukturen zu lösen. Dazu gehört es, *psychiatrische Diagnosen in Frage zu stellen*. Viele Menschen verbinden mit ihrer Diagnose die Hoffnung, Worte für ihre Erfahrungen zu finden und diese heilen zu können. Außerdem sind in dieser Gesellschaft Diagnosen oft die einzige Möglichkeit, Anerkennung für Leid, Gewalt und Verletzungen zu erhalten sowie Unterstützung zu bekommen. Deshalb fällt es vielen Menschen schwer, sich selbst bzw. ihre Erfahrungen jenseits von Diagnose-Begriffen zu denken.

Politisch entscheidend ist, diesem Wissen, diesen Wahrheiten eine *alternative Perspektive, ein anderes Wissen entgegenzusetzen*. Denn die herausgehobene Bedeutung von Diagnosen beinhaltet ja auch eine Nicht-Anerkennung von Leid, Schmerz und Lebenssituation all der Menschen, die sich dem psychiatrischen System nicht unterwerfen wollen oder können. Gleichzeitig ist es für Menschen ohne Diagnose oft unmöglich, Unterstützung einzufordern. Wenn etwas nicht als krank gilt, kann es nicht so schlimm sein. Dieses Denken gilt es aufzubrechen.

Solidarische Unterstützung muss es auch ohne psychiatrische Diagnosen geben. Solidarität meint nicht Fürsorge in einem therapeutischen Sinne. Solidarisches Handeln steht für gemeinsame Kämpfe und Auseinandersetzungen. Wenn Menschen nicht mehr klarkommen, hat das mit allen zu tun. Es geht auch nicht um Rettungsfantasien, in denen Einzelne sich »aufopfern«. Aber Auseinandersetzungen um Erfahrungen, Gewalt und schwierige Lebenssituationen gehen nicht nur Einzelpersonen und ihre Therapeut_innen etwas an, sondern die gesamte Gesellschaft. Wenn die fehlende Zahlung vom Amt die finanzielle Grundsicherung in

Frage stellt, wird es Zeit für praktische Lösungen, Geldsammlungen und Proteste vor dem Jobcenter.

Es geht auch darum zu lernen, wie emotionale Unterstützung funktionieren kann. Im Patriarchat wird diese Form von emotionaler Arbeit in der Regel von Frauen erwartet, die möglichst im Vorhinein erraten sollen können, was andere Menschen brauchen. Männlichkeit, die Emotionen als Gegenteil von Vernunft ablehnt, wird nicht gebraucht. Wichtig ist es zu benennen, was Einzelne in Krisen benötigen, um sich gegenseitig unterstützen zu können. Krisen müssen nicht auf Psychiatrie und Therapie ausgelagert werden, das gemeinsame Erlernen neuer Umgangsstrategien ist möglich.

Dazu gehört es, *Leid nicht zu einer zentralen Kategorie zu machen*. Es ist irrelevant, ob eine_r Diskriminierung gut wegsteckt oder dadurch jahrelang traumatisiert wurde. Gewalt muss aufhören, weil Menschen kein Recht dazu haben, andere Menschen zu verletzen. Dabei geht es nicht darum, wie sehr eine Verletzung individuell schmerzt. Solange die Notwendigkeit von Handeln und Unterstützung am Grad des für andere erkennbaren persönlichen Leidens festgemacht wird, werden nur Folgen behandelt, nicht aber das, was die Verletzungen hervorruft. »Psychische Krankheit« und das damit verknüpfte Leid wird oft als Begründung dafür genutzt, etwas nicht tun zu können (arbeiten, aufstehen, existieren). Damit bekommt das »etwas nicht können« eine starke Aussagekraft.

Politisch sollte stattdessen mehr ein *»danke, ich möchte lieber nicht«* in den Fokus rücken. Durch die Betonung darauf, etwas politisch nicht zu wollen, gerät die Frage des Könnens oder Nicht-Könnens in den Hintergrund. Damit wird die eigene Entscheidungsfähigkeit gestärkt, und niemand muss sich zwangsmäßig outen oder beweisen, was er_sie nicht kann, um gehört zu werden oder etwas nicht zu tun. Dabei geht es auch darum, dem individuellen Vorwurf »Du willst nicht genug, dass es dir

besser geht!« ein politisches, bewusstes und kollektives Nichtwollen entgegenzuhalten.

Die rassistischen, sexistischen, antisemitischen und klassistischen Verhältnisse müssen zum Problem gemacht werden. Das heißt nicht, dass es keine Probleme wie schmerzhafte Verluste gibt oder vieles andere mehr, was sich nicht über Systemfragen erklären lässt. Aber die Verhältnisse zu verändern bedeutet, Lebensumfelder zu schaffen, in der alle mit ihren Verletzungen sein können. Wenn patriarchale Strukturen verringert würden, wäre das für viele Frauen, Mädchen und trans Personen eine Lebenserleichterung: weniger Angst vor sexistischen Sprüchen, weniger Angst vor und Realität von sexualisierter Gewalt. Damit wäre ein großer Belastungsfaktor reduziert und es wäre möglich, sich mehr auf andere Dinge zu konzentrieren.

Wichtig ist es, *genau zu benennen, was das Problem ist,* die Ursachen sichtbar zu machen und Diskriminierung und Gewalt als solche zu benennen. Wichtig ist es auch, eine Sprache zu suchen, die verschiedenes und gemeinsames Erleben erfasst. Das schafft Raum für unterschiedlichste Reaktionen auf erlebte Gewalt. Wenn nicht alles Belastende unter dem Schirm »Trauma« verschwindet, ist es möglich, konkret darüber zu sprechen, was bestimmte Erfahrungen bedeuten, was und wie unterschiedlich Folgen sein können – und wo Veränderung möglich ist, sei es nur in einer_m selbst oder auch in den Verhältnissen.

Nicht zuletzt geht es darum, *Bewegungsfreiheit und unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten zu schaffen*. Das kann heißen, Ängste von Frauen, Mädchen und trans Personen abzubauen, die die Öffentlichkeit scheuen und nur einen begrenzten Bewegungsradius haben. Das kann auch heißen, nicht jedes unbekannte Verhalten als »verrückt« zu bezeichnen, nur weil es den eigenen Verständnishorizont überschreitet.

All die Ideen, die ich hier genannt habe, sind Ansätze, um die Macht der Psychiatrie in der Gesellschaft und im Alltag zu reduzieren. Doch es gibt noch viel mehr Möglichkeiten, und wenn wir lernen, anders zu denken, können wir auch mehr davon begreifen.

Literatur und Quellen

Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (Hrsg.). (2014). *Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung: Ergebnisse auf einen Blick*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen.

Ahmed, Sara (2010). *The Promise of Happiness*. Duke University Press.

Ahmed, Sara (2014a). *Cultural Politics of Emotion*. Edinburgh University Press.

Ahmed, Sara (2014b, August 25). Selfcare as Warfare. https://feministkilljoys.com/2014/08/25/selfcare-as-warfare/ [Zugriff: 20.12.2016]

Appignanesi, Lisa (2008). *Mad, Bad and Sad. A History Of Women And The Mind Doctors From 1800 To The Present*. London: Virago.

Asbek, Hans & Hamann, Matthias (1997). Vorwort. In: Matthias Hamann, Hans Asbek & Andreas Heinz (Hrsg.), *Halbierte Vernunft und totale Medizin: zu Grundlagen, Realgeschichte und Fortwirkungen der Psychiatrie im Nationalsozialismus* (S. 7–32). Berlin, Göttingen: Schwarze Risse.

Balasubramanian, Janani (2014). #EatingDisordersAreForWhiteWomen. http://www.blackgirldangerous.org/2014/02/eatingdisordersareforwhitewomen/ [Zugriff: 28.09.2016]

Balz, Viola, Bräunling, Stefan & Walther, Therese (2002). Meine Krankheit, mein Medikament und ich. Die atypischen Neuroleptika als neue Identitätsstifter der Psychiatrie. *Psychologie & Gesellschaftskritik, Nr. 104 »PsychiatrieDesign«*. http://www.weglaufhaus.de/wp-content/uploads/2010/08/Meine_Krankheit_mein_Medikament_und_ich_Balz_Br%C3%A4unling_Walther.pdf [Zugriff: 20.12.2016]

Baur, Erwin, Fischer, Eugen & Lenz, Fritz (1921). *Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene*. München: Lehmann.

Binding, Karl & Hoche, Alfred (1920). *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens: ihr Mass und ihre Form*. Leipzig: Meiner.

Brenssell, Ariane & Weber, Klaus (2014). *Störungen*. Hamburg: Argument Verlag.

Bund der »Euthanasie«-Geschädigten und Zwangssterilisierten e.V. (2016). Brief an Bundespräsident Dr. hc. J. Gauck. In: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) (Hrsg.), *Rundbrief* (Bd. 2/2016). Bochum.

Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. (die-BPE), Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE), Irren-Offensive, Antipsychiatrische und betroffenenkontrollierte Informations- und Beratungsstelle, Heimkinderverband Deutschland (HKVD), Werner-Fuß-Zentrum, Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. (Hrsg.). (2009). *Handbuch PatVerfü.*

Geisteskrank? Ihre eigene Entscheidung. http://www.patverfue.de/media/handbuch.pdf [Zugriff: 20.12.2016]

Bundesministerium. (2004). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland*. Berlin. https://www.bmfsfj.de/blob/94200/d0576c5a115baf675b5f75e7ab2d56b0/lebenssituation-sicherheit-und-gesundheit-von-frauen-in-deutschland-data.pdf [Zugriff: 20.12.2016]

Carri, Christiane & Abrahamowicz, Martin (2013). Das Berliner Weglaufhaus als Beispiel antipsychiatrischer Praxis. In: Michael Dellwing & Martin Harbusch (Hrsg.), *Krankheitskonstruktionen und Krankheitstreiberei* (S. 313–326). Wiesbaden: Springer.

Carri, Christiane & Waldschrat, Gudrun (2015). »Die Unfähigkeit zum Widerstand wird hier Moral.« Eine feministische Irrfahrt ins Reich der Verhaltenstherapie. In: Cora Schmechel, Fabian Dion, Kevin Dudek & Mäks* Roßmöller (Hrsg.). *Gegendiagnose. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychologie und Psychiatrie* (S. 245–267). Münster: edition assemblage.

Davis, Angela (1982). *Rassismus und Sexismus. Schwarze Frauen und Klassenkampf in den USA*. Berlin: Elefanten Press.

Deleuze, Gilles & Guattari, Félix (1976). *Rhizom*. Berlin: Merve Verlag.

Despentes, V. (2009). *King Kong Theorie*. Berliner Taschenbuch-Verlag.

Deutscher Bundestag. (1975). *Enquete 1975 – Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland*. http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/enquete1975/enquete1975.pdf [Zugriff: 20.12.2016]

Fachschaft Medizin der Philipps-Universität Marburg (Hrsg.). (1991). *»Bis endlich der langersehnte Umschwung kam …«: von der Verantwortung der Medizin unter dem Nationalsozialismus*. Marburg: Schüren.

Fischer-Homberger, Esther (1984). *Krankheit Frau. Zur Geschichte der Einbildungen*. Darmstadt: Luchterhand.

Foucault, Michel (1973). *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, Michel (1976). *Mikrophysik der Macht: über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin*. Berlin: Merve Verlag.

Foucault, Michel (2001). Der Wahnsinn existiert nur in einer Gesellschaft. Gespräch mit J.-P. Weber. In: Ders (Hrsg.), *Schriften I. 1954–1969* (S. 234–237). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, Michel (2007). *Die Anormalen: Vorlesungen am Collège de France (1974–1975)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Goffman, Erving (1981). *Asyle: über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main.

Haraway, Donna Jeanne (1995). Situiertes Wissen. Die Wissenschaftsfrage im Feminismus und das Privileg einer partialen Perspektive. In: Dies., *Die Neuerfindung der Natur: Primaten, Cyborgs und Frauen*. Frankfurt am Main: Campus.

Herman, Judith Lewis (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377–391. https://doi.org/10.1007/BF00977235 [Zugriff: 20.12.2016]

Hinrichs, Dörte & Rubinich, Hans (2012, Oktober 24). Die Rolle der Psychiatrie im Nationalsozialismus. *DRS 2*. Zürich. http://www.srf.ch/sendungen/kontext/die-rolle-der-psychiatrie-im-nationalsozialismus [Zugriff: 20.12.2016]

hooks, bell (2000). *Where we stand. Class matters*. Routledge.

hooks, bell (2001). *All About Love: New Visions*. HarperCollins.

ICD-10-GM-2016 F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung. (2016, 1992). http://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html [Zugriff: 20.12.2016]

Jurk, Charlotte (2014). Depression ist keine Volkskrankheit. In: Ariane Brenssell & Klaus Weber (Hrsg.), *Störungen*. Hamburg: Argument Verlag.

Jüttner, Julia (2012). *Kaserne in Bückeburg: Zweifel an Vergewaltigung einer Soldatin. In: Spiegel Online*. http://www.spiegel.de/panorama/justiz/zweifel-an-vergewaltigung-in-jaeger-kaserne-in-bueckeburg-a-871357.html [Zugriff: 20.12.2016]

Kempker, Kerstin (Hrsg.). (1998). *Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus*. Berlin.

Klee, Ernst (1993). *Irrsinn Ost – Irrsinn West: Psychiatrie in Deutschland*. Frankfurt am Main: Fischer.

Klee, Ernst (2001). *Deutsche Medizin im Dritten Reich: Karrieren vor und nach 1945*. Frankfurt am Main: Fischer.

Lamott, Franziska (2001). *Die vermessene Frau. Hysterie um 1900*. München: Wilhelm Fink Verlag.

Loewy, Hanno (Hrsg.). (2005). *Gerüchte über die Juden: Antisemitismus, Philosemitismus und aktuelle Verschwörungstheorien*. Essen: Klartext.

Lorde, Audre (1988). *A Burst of Light, Essays*. London: Sheba Feminist Publishers.

Metzl, Jonathan (2009). *The Protest Psychosis: How Schizophrenia Became a Black Disease*. Beacon Press.

Nolte, Karen (2003). *Gelebte Hysterie: Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*. Frankfurt am Main: Campus.

Penny, Laurie (2014). *Unspeakable Things: Sex, Lies and Revolution*. Bloomsbury.

Protokoll der 34. Sitzung des Ausschusses für Wiedergutmachung (1961). Marburg. http://euthanasiegeschaedigte-zwangssterilisierte.de/dokumente/bt-protokoll-13-04-1961.pdf [Zugriff: 20.12.2016]

Remschmidt, Helmut (Hrsg.). (2011). *Kinder- und Jugendpsychiatrie: eine praktische Einführung ; 175 Tabellen* (6., überarb. Auflage). Stuttgart: Thieme.

Rothblum, Esther, Solovay, Sondra & Wann, Marilyn (2009). *The Fat Studies Reader*. New York: New York University Press.

Sanyal, Mithu Melanie (2016). *Vergewaltigung. Aspekte eines Verbrechens.* Hamburg: Edition Nautilus.

Schmechel, Cora, Dion, Fabian, Dudek, Kevin & Roßmöller, Mäks* (Hrsg.). (2015). *Gegendiagnose. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychologie und Psychiatrie*. Münster: edition assemblage.

Strong, M. (1998). *A bright red scream. Self-mutilation and the language of pain*. New York.

Ussher, Jane (1991). *Women‘s Madness: Misogyny or Mental Illness?* Hertfordshire.

Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt (Hrsg.). (2012). *Auf der Suche nach dem Rosengarten. Echte Alternativen zur Psychiatrie umsetzen. Projektdokumentation*. Berlin.

von Braun, Christina (1990). *Nicht ich. Logik. Lüge. Libido*. Frankfurt am Main: Neue Kritik.

Wolf, Martina & Bohus, Martin (2006). *Skillstraining zur Emotionsregulation. Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Prof. Marsha M. Linehan*. Mannheim: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

Anmerkungen

1 Diese Schreibweise macht darauf aufmerksam, dass Menschen durch strukturelle und direkte Barrieren von außen behindert werden.

2 »Selbstfürsorge ist kein Luxus, es ist Selbsterhaltung, und das ist ein Mittel politischer Kriegsführung.« (eigene Übersetzung)

3 »Indem wir uns selbst (Für)Sorge zukommen lassen, nehmen wir eine Umverteilung von (Für)Sorge vor. Wir lenken sie weg von den dafür vorgesehenen Objekten, wir versorgen nicht (länger) diejenigen, die für den Empfang unserer (Für)Sorge vorgesehen sind, wir versorgen nicht (länger) die Körper, die als wertvoll genug erachtet werden, versorgt zu werden. Und deshalb ist die Absicht von Selbst(für)sorge in queerer, feministischer und antirassistischer Arbeit der Aufbau von Gemeinschaften, von fragilen Gemeinschaften, die sich verbinden aus der Erfahrung zerschmettert zu sein.« (eigene Übersetzung)

4 »Meine Anorexie hatte eine Menge mit der Kombination aus Wohlstand, Frausein und Weißsein zu tun, etwas, das für mich unerreichbar blieb, obwohl ich systematisch davon umgeben war. Sie hatte sehr viel mit Heterosexualität zu tun: Das Streben nach ›anständiger und würdiger‹ weißer Weiblichkeit – d.h. eine Form von Weiblichkeit, die letztendlich begehrenswert für weiße Männlichkeit ist.« (eigene Übersetzung)

5 »Von allen weiblichen Sünden ist Hunger die unverzeihlichste; Hunger, egal wonach, nach Essen, Sex, Macht, Bildung, Liebe. Wenn uns nach etwas verlangt, dann haben wir dieses Verlangen zu verbergen, zu bändigen, uns zu beherrschen. Wir haben Objekte des Verlangens zu sein, nicht verlangende Subjekte.« (Laurie Penny [2015]. Unsagbare Dinge. Sex, Lügen und Revolution. Hamburg: Edition Nautilus.)